

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	1175700168	
法人名	ALSOK介護株式会社	
事業所名	グループホームみんなの家・蓮田	
所在地	埼玉県蓮田市東2-1-25	
自己評価作成日	令和5年10月3日	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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp
----------	---

【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5年10月31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)】

介護職員のスキルアップとして介護福祉士取得を推奨している。
 更には地域に密着したホームとして、経験年数の長い職員が多数在籍しているため、ご本人様やご家族様にとっては安心して生活して頂ける環境となっている。
 コロナ禍において一時中断していた、ご家族様や地域の方との交流機会を積極的に取り入れ、長年住み慣れた地域での生活を続けて頂けるような環境を提供している。
 ホーム運営においては、IT化を進めており、職員にとっては働きやすく、ご利用者様にとっては細やかなケアを受けることに繋がっている。

当事業所は、JR宇都宮線「蓮田駅」下車、東口より徒歩7分程にある鉄骨造3階建て、2ユニット定員18名のグループホームである。1階にはデイサービスと居宅介護支援事業所が併設されており、2・3階がグループホームとなっている。駅近でアクセスが良く、家族の面会や外出など、利便性の高い環境にある。法人理念である「必要な人に必要なサービスの提供を」をモットーに掲げ、入居者一人ひとりの思いや希望に寄り添ったケアの提供に努めている。職員のスキルアップに力を入れ、住み慣れた地域で生活が続けられるよう、地域の方と積極的に交流を図っている。

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、生き生きと働いている (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
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	ご利用者の思いを尊重し、その方のペースに合わせながら、ゆっくりと楽しみながらの生活を提供している。	業務中や定例の職員会議の機会に理念を振り返り、意識の共有を図って実践につなげている。	
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	近隣の医療機関や居宅介護支援事業所への情報提供を行っている。またホーム見学にも随時対応するようにしている。	大家さんが自治会の役員をしており、自治会に加入し、地域の情報は回覧板から得ている。ホームの情報はブログにて情報発信している。	
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	地域の居宅ケアマネの方達とも横のつながりを持つよう心掛け、ご利用者様を受け入れる事で、グループホームを知ってもらえるよう活動している。		
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	運営推進会議を再開している。 今後は参加者を増やすことが課題である。	運営推進会議を再開したが、外部の参加者が少なく、関係者には書面で現状の報告を行っている。家族には書面や口頭で意見などを伺っている。地域包括支援センターに声かけしているが、参加までにはいたっていない。市長寿支援課にはメールで書面を送っている。	
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	前管理者が市役所を定期的に訪問し、ホームへの理解や信頼関係の構築に努力していた。またパンフレットを置いてもらい、市から入居相談が来るようになっている。	市役所にホームのパンフレットを置いていただき、入居相談を行うなど協力関係を築くよう取り組み、管理者は連携を図っている。	
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	2か月に1回、全職員で身体拘束廃止の為の勉強会を開催している。	身体拘束適正化検討委員会を3か月毎に実施しており、身体拘束しないケアの実践について話し合っている。拘束による弊害やリスク等を理解し、意識の共有を図っている。	
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	2か月に1回、全職員で事例に沿った勉強会を開催している。また職員間のコミュニケーションの向上にも努めている。		

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・社外の研修への積極的な参加を促している。全体会議でも勉強資料を通して全職員に理解を促している。		
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	契約時はじっくりとご家族様の意向を伺うよう努め、疑問点がある場合は真摯に回答し、納得して頂いた上で契約を結ぶよう対応している。		
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	ケアプランを作成する際、ご利用者様やご家族様に意向を伺うようにしている。それを踏まえた介護計画を作り、更に運営にも反映させている。	ケアプラン作成時には入居者や家族の意向を聞いている。面会時等には積極的に問いかけをして、何でも言っていたらいいような雰囲気作り心掛けています。	
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	月に1回全体会議を開き、職員の意見を聞くように努めている。また普段のコミュニケーションを重視している。	月1回の全体会議で職員の意見や提案を聞いている。6か月に1度個人面談を実施し、ホーム長は日頃からコミュニケーションを図るよう心掛け、話しやすい雰囲気づくりに留意している。	
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	職員のシフト希望を出来るだけ汲むように努め、仕事だけでなくプライベートも充実して送る事が出来るよう努めている。		
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	研修の案内が届いた際は、該当する職員に積極的に参加する様お話ししている。またそれに協力できるような職場環境を作るようにしている。		
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	近隣に新設されたグループホームの職員の方が挨拶に来られた際は、こちらも名刺交換を通して顔を覚えてもらえるよう努めている。		

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	新入居の方には特に話しかけ、ご本人様が何を望んでおられるのかを探るよう努めている。職員の顔を覚えて頂けるよう、職員の配置を固定している。		
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	気づいたことや気になる事は早めにご家族様に相談し、対応が遅れる事が無い様にしている。その過程を通してご家族様とも連携出来る様に務めている。		
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	入居して間もない頃は、ご利用者様の不安なお気持ちを軽減させるために、出来るだけご家族様には密な連絡・面会をお願いしている。		
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	ご利用者様の自宅での過ごし方を把握し、行動を理解するようにしている。そのうえでご利用者様の思いに沿った声掛けを心がけている。		
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	月に一度、ご家族様にはお手紙をお送りしている。またケアプランを通して意向を伺うようにしている。		
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	ご家族様だけでなく、近所の方やご友人の方の面会を快く受ける様にしている。またご利用者様からも手紙や電話をかけられるよう支援している。	入居時のアセスメントや家族からの情報、日々の会話の中から馴染みの人や場の把握に努めており、手紙や電話をかけられるよう支援している。	
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	10時のお茶や、3時のおやつの時間に団樂の時間を作る様にしている。職員が話題を提供する様に努めている。		

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	お電話を頂いた場合はお話を伺うようにしている。以前旦那様が利用しておられ、その後奥様も入所されたケースがあった。		
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	入所の際、過去の生活歴や趣味、嗜好、希望などを詳細に確認している。うまく言葉で表現できない方に対しては、表情などから判断している。	入居時のアセスメントや日々の本人の言葉や表情等から、思いや意向の把握に努めている。家族と相談し協力をいただきながら、どのように暮らすことが最良なのかを日々検討している。	
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	今までの生活環境や、これまでの介護サービス利用状況を職員が把握できるよう、契約前の調査時点でお話を伺うようにしている。		
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	ご利用者様ご自身の出来る事と、そうでない事を職員間の申し送り時間を通して理解するようにしている。		
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	月に1回のフロア会議、毎日の朝礼や申し送り時間を通して、ご利用者様の状態を全職員が把握し、ご家族様にもその点をお伝えした上で介護計画を作成している。	申し送りノートを活用し情報共有し、定例のフロア会議で話し合い、家族に報告して計画を作成している。状況変化の都度、話し合いを行って現状に即した計画に変更している。	
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	毎日、一人ひとりの介護記録を記入し、申し送り表やノートを利用して情報共有し、実践や介護計画の見直しに活用している。		
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	病院から退院した際や、大きく変化があった際は都度ケアプランの見直しを行っている。		

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
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	近所を散歩する、近くの図書館を利用する、ご家族様の協力を得て自宅に一時戻り外泊できるよう支援している。		
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	法人の医療機関と連携している。内科専門医や精神科専門医の訪問診療を月2回、訪問歯科を月4回実施している。また希望者には訪問リハビリやシニアセラピーも提供している。	入居前からの希望するかかりつけ医の受診が可能であり、通院は家族対応となっている。協力医の内科、精神科の往診が月2回あり、歯科は週1回となっている。希望により訪問リハビリ、シニアセラピーを受けられる。	
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	週1回、医療連携看護師が訪問した際、利用者様一人一人の状態を報告・相談し、助言を得ている。		
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。	退院後のケアに関しては、医療連携室の相談員を通して情報収集し、全職員に情報共有する様務めている。		
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	看取り介護の実績がほぼない為、職員間で対応に不安がある。主治医やご家族様の協力が必要である。	入居契約時に重度化や終末期の在り方など、ホームで対応し得るケアについて十分な説明をしている。状態変化の都度、意向を確認し、職員や医師が密に連絡を取り合いながら方針を共有し、支援している。	
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	施設内にAEDを設置している。また急変が夜間対応にならない様、日中のうちに主治医やご家族様に連絡・相談している。		
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回の防火訓練(夜間想定1回を含む)防災訓練を実施している。	消防に届け出をし、9月に消防立会いの下、デイサービスや居宅介護支援事業所と合同で利用者・入居者・職員が参加の総合訓練を行っている。次回は3月に夜間想定訓練を予定しているが、地域住民の参加までにはいたっていない。	

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	プライバシーに配慮した排泄・入浴・食事介助を行っている。タオルなどで肌の露出を最小限にとどめ、トイレ誘導の際はご本人にしか分からない様な声掛けを心がけている。	虐待防止委員会を2か月に1度実施しており、一人ひとりの人格を尊重し、日々の関わりから周りに配慮した言葉かけや対応が出来るよう気を配っている。		
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	朝の更衣時には洋服を選んでいただく、おやつの中には好きな物を選んで頂いている。			
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	体調を考慮し、その方の思いに沿った声掛けを心がけている。時間に追われることなく、強制するような声掛けはしない様、意識している。			
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	毎朝、男性は髭剃りを、女性は髪をとかず、洋服を選ぶなど、身だしなみに興味を持っていただけるような声掛け・支援をしている。			
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	下膳やテーブル拭き、おやつ作りなどを通して、食を楽しむ機会を提供している。	食事は専門業者が担当しており、カロリー計算された食事が提供されている。月1回手作りおやつの日を設けており、ホットケーキや焼きそば等、職員と一緒に作ることを楽しんでいる。出来る方には下膳やテーブル拭きを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	常食、刻み、ペースト食を提供している。腎臓病食や塩分制限や水分制限にも対応している。水分摂取に関してはお茶やコーヒー、ジュースなど好きな物を提供している。			
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	毎食後、口腔ケアを実施。また週1回、提携している歯科クリニック衛生士による口腔ケア、月2回の訪問医による口腔内ケアを実施している。			

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	各自の排泄チェック表を作成し、食事前など定時でトイレ誘導している。声掛けには「ちょっとお散歩しましょう」と声をかけ羞恥心に配慮している。	個々の習慣や排泄パターンを把握し、声かけやタイミングなどの支援方法を全職員で共有し、さり気ない支援に努め羞恥心に配慮している。	
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	出来るだけ薬に頼る事なく、おなかのマッサージや水分摂取を促す。お茶だけでなくコーヒーやジュースなどのお好きな物を提供し水分摂取を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入る時間や体調をご利用者様に事前に伺うようにしている。家庭用のユニットバスやリフト式の機械浴があり、その方の身体状況にあった入浴を実施、また拒否がある際は、職員や時間を変えて声かけを行っている。	入浴は週2回、日中にその日の気分や体調を考慮し、事前に声かけて対応している。拒む方には無理強いをせず、声かけや時間をずらすなどの工夫をしている。季節に応じた柚子湯等を提供している。	
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	居室の温度やライトを設定し、ゆっくり入眠できる環境を提供している。また日中は出来るだけ活動的に過ごせる様、体操などのレクリエーションを行っている。		
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	現在処方されている薬の効力や副作用を全職員が把握するよう努めている。また中止や新たに処方された際は変化に注意し、主治医や薬局に相談するようになっている。		
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	午前中はラジオ体操、午後は塗り絵や折り紙、合唱などに積極的に参加できる機会を提供している。		
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	施設の周りを散歩したり、ご家族様による通院や外出・外泊を支援している。ご家族様対応に任せっきりになっている点は改善が必要と思われる。	天気の良い日にはホームの周りを散歩する等、気分転換に努めている。家族の協力の下、外出や外泊の準備支援を行っている。	

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
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	例えば乳酸菌飲料の販売店等が訪問した際は、ご利用者様立替金にて購入していただいている。		
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	「電話で話したい」とご利用者様やご家族様から要望があった際は、出来る限り対応している。はがきに一筆書いて送れるようなレクリエーションを行っている。		
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	各階、リビングは日当たりが良く、天気や季節を感じる事が出来る。また玄関や各フロアの壁には、ご利用者様と一緒に作った塗り絵や折り紙を掲示している。テーブルにはご利用者様が編んだペーパー入れが置かれている。	リビングは南に面しており、彩光が充分で明るく快適な空間となっている。皆で作成したハロウィンの飾りや塗り絵等の作品を飾り、季節を感じていただいている。空調に気を配り、室温や湿度も管理され居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	窓側にソファを置いて日光浴ができるようにしている。一人で新聞を読んだり、他の方と将棋や談笑をするスペースがある。		
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	入居時にテレビや椅子などの使い慣れたものを持ってきて頂いている。ご家族様の写真を飾ったり、音楽をかけたりと、ご自宅の居室を再現し、殺風景にならないよう努めている。	今までの生活スタイルで暮らせるよう、使い慣れたものや思い出の物、椅子や家族の写真等持ち込んでいただき、自分の家として過ごせるよう工夫している。室内は職員が清掃し、清潔が保たれている。	
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	見守り、一部介助、全介助と分ける事で、全てを職員が行ってしまわない様注意している。生きがいをもち生活して頂けるような支援をしている。		



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		【防災対策】 自立歩行可能なご入所者様でも、非常階段を降りるのはかなり困難。さらに車いすや歩行が不安定な方の場合外部からの応援が必須	ご入所者様や職員が安全に速やかに避難できる	定期的に消防訓練を実施する ◆防火訓練(年2回以上) ◆夜間想定訓練(年1回以上) ◆防災訓練(年1回以上)	6ヶ月
2		【事業所と地域のつながり】 近隣住民とのつながりが薄く何か災害が起こった際は近隣の方との協力が必要だが、実際にそのような災害時に協力しあえるかが課題	近隣の方にホームの存在や職員の顔を覚えてもらえる	まずは職員一人一人が近所の方に挨拶を実施 管理者は町内会の集まりには積極的に参加する	3ヶ月
3		【運営推進会議】 対面での運営推進会議を再開しているがご家族様と行政の方の出席率が課題	出席率を上げ、充実した会議内容にする	普段から話しやすい関係性を構築し ご家族様が出席しやすい土日開催を設定する また行政の方にも同席して頂けるようホームをアピールする	2ヶ月
4		【急変や事故発生時の備え】 職員一人一人がご入所者様の急変に対応できるよう、普段から準備しておく必要がある	急変時に職員が適切に動くことが出来る	応急処置方法 AED使用方法 救急搬送時の対応方法を普段から訓練しておく	3ヶ月
5		【職員を育てる取り組み】 急変時対応と同様、介護技術の向上資格取得支援に取り組み 職員の定着率につなげる必要がある	資格取得支援 介護技術の向上	初任者研修 実務者研修 介護福祉士取得に向けて取り組みやすい環境を作る	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。