

### 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	1175200391		
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・桶川		
所在地	埼玉県桶川市坂田東1-36-3		
自己評価作成日	令和元年 10月4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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.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 ケアシステムズ
所在地	東京都千代田区麹町1-5-4-712
訪問調査日	令和1年10月20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)】

事業所理念を念頭に1人1人が笑顔を大事に仕事に励んでいる。  
 施設の中は夏には冷房・冬には暖房と常に一定に保たれているため、なかなか季節感を味わうのが難しい。  
 その為、小さな作業でも入居者様に協力していただき、季節の飾りを作ったり、初詣・お花見等季節感を特に味わえるものには職員協力して行っている。  
 身体面の維持のためには、毎日の習慣体操・嚙下体操・歩行練習等を行っている。

#### 【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)】

ホーム内は清潔感が漂い、環境整備に力を入れていることが見学を行った際にも見受けられた。また、ケース記録をはじめ健康管理表、各種のチェック表なども丁寧に記録されていることが確認できており、職員は利用者一人ひとりの状態を適切に把握したうえで、無理なく支援している様子も伺えた。法人や事業所の理念が職員一人ひとりに浸透しているように感じられた。職員の定着率も高いことから、経営層と職員の会話も適切に図られている様子も確認できている。

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、安心して暮らさせている (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	スタッフルーム内にGH桶川の理念「明るく・元気に・寄り添う介護」と掲示し、職員一同共有している。	ホーム長は職員会議などの場を通じて事業所の方向性を示唆することに力を入れている。ホーム見学を行った際にも、職員のコミュニケーションが適切に図られていることがうかがえた。	
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	回覧板等を確認し、地域の情報を得ながら参加している。(地区の草刈り等) オレンジカフェを毎月行っており、常連客もできた。	町会からの行事案内をはじめ、ボランティアの定期的な訪問、地域住民から果物の差し入れなど日常的な交流が行われている。また、オレンジカフェのチラシを町会で配布してもらい地域参加も定着している。	
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	散歩では積極的に近所の方に挨拶を行っている。こちらからでなく相手側から挨拶されることもある。		
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	2か月に一度、家族会・運営推進会議を行っており、現在のホームの状況・取組等を写真を変えながら報告している。議事録にまとめており、職員・ご家族様に送付し、情報を共有している。	運営推進会議には家族をはじめ、市役所担当課、社協に民生委員に自治会と関係者が一同に介して2時間程の意見交換を行い、事業所サービスの向上に役立っている。	
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	毎月ではないが市の職員がオレンジカフェに参加している。また昨年5月より、地域包括推進協議会のメンバーに選ばれ、決まった日に協議会に参加している。	市主催の事業所連絡会や勉強会に参加したり、個別に連絡を取り合い連携を図っている。事業所のパンフレットも置いてもらい入所案内をしてもらったりして協力関係を築いている。	
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	GH桶川での身体拘束の指針として「新体位拘束(疑われる行為)を行わない」と掲げており、職員一同共有している。 玄関は目の前がすぐ道路であり交通量も多いため、施錠している。	法人の指針に加え事業所独自の指針を構築し身体拘束しないケアに取り組んでいる。毎月の勉強会では、課題を設けてグループワークで話し合いを行い理解が深まるように努めている。	
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	排泄・入浴時にさりげなく体のチェックを行っている。傷・あざ等発見した時には、写真・連絡ノートにて共有し、原因の解明・再発防止に取り組んでいる。		

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	現在成年後見制度を利用されている方はいない。今後必要な方がおられた時には家族・地域包括センターと連携し対応したい。		
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	入居前に必ず契約の説明を行っている。退去の際には必要に応じて、介護連絡票を作成している。		
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	面会時に状況を報告することもある。気兼ねなく話せる環境づくりに努めている。家族会等でも意見を募っています。	年6回家族会を開催しており、議事録で内容を把握できるようにしている。欠席家族にも議事録を送ったり、面会時に意見を傾聴したりして、運営に反映できるように努めている。	
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	毎月職員会議・フロア会議を行っており、その場で意見を募り、今後のケアに活かしている。	各種の会議や個人面談において職員の意見を傾聴し、事業所運営に反映できるように努めている。職員の定着率の高さからも経営層との適切なコミュニケーションが図られていることがうかがえる。	
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	年に1回人事考課があり評価をすることができる。得意の分野は活かし、不得意の分野は職員同士フォロー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	本社主催の研修会等に参加している。またできる限り他の研修にも参加している。		
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	市が行っているオレンジカフェ情報交換会に参加しており、その際に同業他社の施設と情報を交換している。		

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	入居前の実態調査では、ご本人様と向き合ってお話を伺っている。	
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	契約の際・入居時等に家族様と綿密に話し合い、ご本人様が望んでいること、家族様が希望されていることを受け止め安心して生活できるように努めている。	
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	本人様・ご家族様の話を聞いたうえでケアプランを作成している。暫定プランではホームに慣れていただくことを中心に無理のないプランを作成している。	
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	テーブル拭き・食器拭き・モップ掛け等入居者様のできる範囲で行っていただいている。また食事は一緒に食卓を囲んでいる。	
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	入居者様の生活がわかるよう月に1度近況報告を送っている。病院への受診も家族様にお願いしている。	
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う、支援に努めている	ご家族様・ご兄弟・お孫様・ご友人たくさんの方が面会に来てくださっている。一緒に旅行に行かれたり、正月には自宅で過ごされる方もおられます。	絵はがきを家族や知人へ送付するなどの支援に力を入れており、かかりつけの歯科、知人や友人との外食などの機会を設けている。馴染みの関係継続の支援に努めていることがうかがえる。
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	入居者様同士、その変化に応じた対応をしている。(他の階に行かれることもある)レクを通じて孤立することのないように職員同士が交流を持てるようにしている。	

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	退去された方でも、いつでもご連絡くださいと声掛けを行ったり、療養病院に入院された方には時々面会に伺っている。		
<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	ケアプランの見直しの前には家族様・ご本人様に意向を伺っている。意思疎通の難しい方には普段の様子・反応を見ながら少しでも本人の気持ちを汲み取れるように努め、サービス担当者会議にて検討している。	日常的な関わりの中で利用者の意向や要望を把握し、生活記録に残すとともに、必要に応じてアセスメントに加筆している。家族とは家族会や面会の際に話を聞き、細かいことなども申し送りノートに記録している。	
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	入居前の実態調査で得た情報や、面会時に家族様と情報交換を行い、日常のケアに活かしている。		
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	毎月のサービス担当者会議にてアセスメントやモニタリングを行い話し合っている。また状態の変化を把握し対応できるようにしている。		
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	ご家族様・ご兄弟・お孫様・ご友人たくさんの方が面会に来て下さり必要な情報の共有をしている。本人の意向を伺い、サービス担当者会議で話し合い現状にあった介護計画の作成を行っている。	毎月定例のフロア会議で利用者の状態を共有し、3か月毎のモニタリングによって、ケアプランの達成度や満足度を把握している。モニタリングシートはホーム長も都度確認しており、適宜ケアプランを見直す仕組みが整っている。	
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	ケアプランに沿ったケアの実践を行い様子を生活記録に記載している。気づきや注意点は連絡ノートに記載し、情報の共有。より良いケアへ活かしていけるよう努めている。		
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	日常にみられる些細な変化等、必要な時には協力医療機関と連携を図り柔軟な対応を行っている。ご家族様にも連絡し、協力していただいている。		

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	傾聴ボランティア・ハーモニカボランティア・民謡ボランティア・落語や漫才師等を招き楽しんでいただいている。		
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	月2回の内科医・歯科医の訪問診療を行っている。また、入居者様が希望された病院への受診も行っている。	内科・歯科をはじめ訪問看護師・歯科衛生士などの来訪も受け、健康管理に取り組んでいる。さらに、希望者はシニアセラピーを受けられる仕組みになっている。医療的な支援が充実していることがうかがえる。	
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	週に1回訪問看護師が来訪され、バイタルチェックや健康管理を行っている。問題の相談等にもっていただいている。		
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。	入院時はお見舞いに行き、状況の把握に努めている。時には担当医・看護師と情報の交換を行い、ご家族様と連携し、早期退院に努めている。		
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	状況の変化が見られた際には、ご家族様・かかりつけ医と相談し、今後のケアの方針を決めていく。また、ホームの中で出来ることを家族様に伝え、理解していただく。	入所時には必ず、重度化した場合や終末期のあり方についての事業所の方針を説明し、同意を得ている。さらに、心身状況が低下した際には、家族と医師との面談の機会を設け、意向に沿った対応が選択できるようにしている。	
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	現在施設の中にAEDが配置しており、万が一の際にいつでも職員全員が対応できるよう、年に2回救急隊による心肺蘇生法・AEDの使用方法を学んでいる。		
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	年に2回消防隊の指導の下、昼夜の火災を想定した避難訓練を行っている。地震の訓練は行ったことはない。また水害の指定区域には入っていない。	年2回の火災を想定した避難訓練は実施して、職員への注意喚起を促している。また、飲料水や食材などの備蓄も用意している。	災害対策については、自己評価の通り地震対策や集中豪雨、台風など様々な災害を想定した対策を講じることが望まれる。

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	排泄の際は、特に注意して、さりげない声掛けを行っている。1人1人の人格を尊重し、失敗や間違いを指摘せず、ありのままを受け入れ、その時々に応じた柔軟な対応をしている。	利用者や家族の意向を把握して、必要に応じて同性介助に対応したり、排泄介助にはトイレの外で待ったりしてプライバシーや羞恥心に配慮している。居室の小窓についても外からカーテンで遮るなどの配慮をしている。	
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	日常の会話の中で信頼関係を築けるよう努めている。個々にあった声掛けを行い、強制的にならないようにしている。		
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	その人らしく過ごせるよう本人のペースを理解し支援している。		
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	ご本人様・ご家族様の希望に応じて、訪問理美容を利用いただいている。		
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	夕食の盛り付けや、食器拭き等入居者様と行っている。また、行事やおやつ作りなどお手伝いをしていただいている。	日常では職員と一緒に食事の下準備や片付けを手伝うなどの機会を設けている。さらに、外食や出前を注文する機会を設けたり、食事レクとして「お好み焼き」を作ったりする機会を設けている。	
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	食事摂取量・水分量を毎食事確認している。 水分量の少ない方にはお好きな飲み物を提供したり、むせこみの見られる方にはとろみを利用するなど支援している。		
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	歯科医師・歯科衛生士が連携し航空状態の把握・清潔保持に努めております。木・日曜日の夜にはポリデント消毒。土曜日の昼に口腔用品の消毒を行っている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、時間を見計らって声掛け・誘導を行っている。おむつを減らすため、下着にパットを利用したりしている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、できる限りトイレ誘導に取り組んでいる。多くの利用者がトイレで排泄していることが報告されており、自立支援の一貫として高く評価できる。下剤を用いた排便コントロールもなされている。	
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	便秘予防として、毎日のラジオ体操・散歩・食事には水分を多めに摂っていただいている。		
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	入居者様の希望や習慣、その日のバイタルに配慮し、入浴や回数を決めている。	一人ひとりの希望と体調に合わせて、無理のないような入浴支援に取り組んでいる。入浴拒否が見受けられた際には、担当者や時間、曜日などを変更して、できる限り入浴してもらえるようにしている。	
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	その時々に応じて安眠・休息できるよう支援している。(乾燥防止の濡れタオルを干す。居室に温・湿度計の設置等)		
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	薬は個々のケースを設けて、キャビネットの中に保管してある。新規の薬は薬剤師から注意点等伺い、連絡ノートに記載し、情報の共有を行っている。		
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	モップ掛け・洗濯物たたみ・夕食の盛り付け等、個々の能力に合わせてお手伝いや・レクを行っている。		
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に支援している	天気の良い日には散歩にでかけ気分転換を図っている。家族の協力を得ながら外出を行うこともある。季節行事として、バラ園見学・ラベンダー見学等行っている。	天候や体調に配慮しながら、日常的に外気浴や散歩などの戸外活動に取り組んでいる。また季節を感じてもらえるように、近隣に植物を見学に行く機会も設けている。タイトな人員体制の中で適切な支援が提供されていることがうかがえる。	



50		<p>○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</p>	<p>個人のお金は本社経理で管理している。買い物や、必要な時にはいつでも使用できるようになっている。 個人で管理している入居者様もいる。</p>		
51		<p>○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</p>	<p>希望時には電話が使えるように支援している。 家族あてに暑中見舞い等の絵葉書を送ったりしている。</p>		
52	(19)	<p>○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</p>	<p>季節の花を飾ったり、植木を置いている。 廊下には日常生活の様子や行事の写真や、塗り絵・貼り絵を掲示している。</p>	<p>共有スペースでは季節を感じてもらえるような壁面装飾をはじめ、行事やイベントなどの写真を飾り、家族が面会の際に話の花が咲くように配慮している。また、ホーム見学を行った際にも整理整頓に努め適切な環境になっていることが見受けられた。</p>	
53		<p>○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</p>	<p>入居者様の中で共通のレクや息があった方とともに過ごせるよう席を近くにしたりなど席替えを行ったりしている。</p>		
54	(20)	<p>○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</p>	<p>入居の際には、テレビや仏壇・ぬいぐるみ等本人にとってなじみのあるもの、かけがえのないものを持ってきていただき、配慮している。</p>	<p>居室には、自宅で使用していた馴染みの品を持ち込んでいただくようにしている。火器、刃物、食料以外は原則自由としており、思い思いの室内環境が整備されていることが確認できている。</p>	
55		<p>○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</p>	<p>フロア内の廊下、トイレ、ふろ場には手すりが設置してある。歩行の際に障害になるものは置かないよう配慮し、入居者様が居室やトイレがわかるよう張り紙をしている。</p>		



## 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	2	オレンジカフェ等を通して少しずつ、地域に根付いてきていると思うが、まだ外から見てどんな場所なのかの理解が浸透できていないように思う。 なかなか入居者確保に困難している部分も共通しているように思います。	○地域の方が気兼ねなく施設に訪問したり、もっとたくさんの方にオレンジカフェに参加をして頂き、知っていただくことで、新規入居者確保に繋げていく。	○現在も行っている、自治会の防犯パトロールや、区の活動に積極的に参加して行く。 ○オレンジカフェのポスターを地域のスーパーに掲示してもらい、施設の場所・理解を浸透させていく。	12ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。