



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	1191800166		
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・草加青柳		
所在地	埼玉県草加市青柳6-26-6		
自己評価作成日	2025年10月15日	評価結果市町村受理日	

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの個性を尊重できること ・地域の中での活動や交流ができるよう努めていること ・認知症ケアについて、その知識をもとに認知症の人本位のケアをすすめられること

※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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon&JiyosyoCd=1191800166-00&ServiceCd=320
----------	---

【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7年10月29日		

【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)】

<p>東武スカイツリーライン新田駅から約3kmの場所に位置する鉄骨造平屋建ての2ユニット型グループホームである。南欧風の外観を持ち、周囲の住宅地に自然に溶け込む落ち着いた佇まいとなっている。運営においては地域との共生を重視し、利用者が社会の一員として暮らし続けられるよう、地域のイベントへ積極的に参加している。また、ホーム主催のオレンジカフェを定期的開催し、近隣住民への情報発信にも努めている。今後は、さらに幅広い交流の機会を創出し、地域とのつながりを一層深めていく方針である。</p>

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、活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	認知症ケアにおける地域との交流の意義をふまえて、地域との関りをもてるように取り組んでいる。	認知症ケアにおいて地域との交流は重要と考え、地域行事への参加やオレンジカフェの開催などを通じて、住民とのつながりづくりに取り組んでいる。これにより、利用者が地域の一員として安心して生活できる環境づくりを目指している。	
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	近所への散歩や買い物、オレンジカフェ等を通じて地域の生活とつながりが持てるよう努めている。	近隣への散歩や買い物の機会を積極的に設け、地域の暮らしの中で交流を図っている。また、オレンジカフェなどの活動を通じて住民との関わりを深め、利用者が地域社会の一員として日常生活を楽しむよう努めている。	
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	オレンジカフェを通じて、認知症の人の理解や支援方法について、地域の人々と話す機会を持ちたいと考えているが、参加者が限定的であるため、難しい。		
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か月に一度、運営会議を開催し、運営状況や取り組みの報告を行っている。また、頂いた意見をサービスに生かすように努めている。	2か月に一度、運営会議を開催し、運営状況や各種取り組みについて報告・検討を行っている。会議で寄せられた意見や提案は真摯に受け止め、サービスの質向上や運営の改善に反映できるよう努めている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者との関りは限定的であるが、お互いの活動等に参加し地域福祉に貢献できるよう努めている。	市担当者との直接的な関わりは現状では限定的であるが、相互の活動に参加し合うなど、連携の機会を大切にしている。今後も行政や関係機関との協力体制を深め、地域福祉の向上に努めていく意向を確認できた。	
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「介護保険法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	3か月に1度の身体拘束適正化委員会、年に2回の身体拘束適正化研修を通じて、理解を深められるよう努めている。	3か月に1度の身体拘束適正化委員会の開催および、年2回、身体拘束適正化研修を行っている。研修は動画を活用し、資料提供や確認テストを行い、全職員の知識向上に努めている。	
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	3か月に1度の高齢者虐待防止委員会、年に2回の高齢者虐待防止のための研修を通じて、理解を深められるよう努めている。		

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
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	社内の研修等を通じて得られた情報を職員全体と共有できるよう努めている。		
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	契約の際には、双方で齟齬が生じないように丁寧な説明を行い、ご理解頂いた上で署名して頂いている。また、不明な点があればいつでも連絡してもらうように伝えている。		
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	運営推進会議や手紙等を通じて、家族からご意見を頂いている。ご意見を職員と共有しサービスの向上に繋げられるように努めている。	運営推進会議や書面等を通じて、家族から貴重な意見をいただいている。寄せられた内容は職員間で共有し、日々の支援や運営に反映させることで、サービスの質向上につなげられるよう努めている。	
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	職員会議を通じて、運営状況を報告するとともに、職員からの意見を集めている。また、職員との個別のコミュニケーションからも意見を聞く機会を持っている。	職員会議においては、運営状況の報告とともに、現場からの意見や提案を広く収集している。また、日常的な個別のコミュニケーションを通じても職員の声に耳を傾け、より良い運営体制の構築に努めている。	
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	それぞれの職員が働きやすい環境作りに努めている。また、仕事にやりがいがあるよう役割をもってもらっているようにしている		
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	E-ラーニングの研修を活用しながら、職員それぞれが、自分にあった形の研修を受ける事ができるよう働きかけている。		
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	地域の会合等に積極的に参加し、お互いに交流し合えるような関係づくりに努めている。		

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
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	実態調査での情報をもとに、その人らしい形での支援ができるよう努めている。また、入居後の不安等に耳を傾けながら、安心して頂ける関係が築けるように努めている。		
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	実態調査の際に、家族からのご要望や不安な点を伺った上で、施設でできること、また難しいことを説明し、理解して頂いた上で支援をすすめている。		
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	初期の状態を客観的に評価し、他の形のサービスを含めより適切な支援の方法がないか検討している。		
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	職員と利用者は、介護する側とされる側という一方的な関係ではなく、地域の中できるとともに生活する隣人であるという気持ちで関わられるよう努めている。		
19		○本人と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	利用者の状態に変化があれば家族に報告し、状況が分かるよう説明している。また、緊急時を除いて通院の対応は家族にお願いしている。		
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よう、支援に努めている	ご要望があれば、馴染みの場所や人に会いにいけるよう、協力している。	利用者の希望に応じて、馴染みの場所や親しい人々との再会が叶うよう支援を行っている。また、家族の協力を得て、外出時には墓参りや買い物、外食、自宅への帰省など、個々の思いに寄り添った活動が実現できる体制を整えている。	
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	利用者それぞれの個性を理解し、職員が間に関りながら、互いが良好な関係を築けるよう努めている。		

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
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	解約手続き後も、必要な情報は提供し、また相談等にも協力している。		
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	本人が気持ちを表現できない場合には、カンファレンス等で職員からの意見を集めて、本人本位での支援が出来るよう努めている。	本人が思いや希望を言葉で伝えにくい場合には、カンファレンス等を通じて職員間で意見を共有し、支援の方向性を検討している。多職種の視点を取り入れながら、常に本人本位の支援が行えるよう努めている。	
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	実態調査時に、生活歴やサービス利用の状況を把握している。		
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	日々の観察の中から、細かな気づきを職員間で共有して、チームで状況が把握できるよう努めている。		
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	多職種間からの情報をもとに、アセスメント、カンファレンスを行い計画を作成している。また定期的なモニタリングを行い、次の計画へ繋げている。	多職種から得られる情報をもとにアセスメントを実施し、カンファレンスを経て個別支援計画を作成している。また、定期的なモニタリングを通じて支援内容の評価と見直しを行い、次期計画へと反映させている。	
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	個々の職員の気づきを、職員間で共有できるように、タブレット型の介護記録を活用している。		
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	既存の方法だけにとらわれず、新しい情報を集めながら、サービスの向上に努めている。		

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
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	地域にある公共施設等を訪問する機会を作っている。地域の中で暮らしていることを意識できるよう努めている。		
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	かかりつけ医とは綿密な情報共有を行い、適切な医療が受けられるよう支援している。	本人や家族の希望があれば入居前のかかりつけ医に継続診療を依頼している。日常の健康状態や変化を医師へ適切に伝え、受診結果の情報共有を図っている。内科の訪問診療に加え、必要に応じて眼科などの専門医受診も行い、継続的な健康管理に努めている。	
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	看護師の訪問前に、相談したい事柄を記入して伝えている。看護師からの意見を職員で共有できるようにしている。		
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。	入院時には医療機関へ向け、細かな情報提供を行っている。また入院中も定期的に連絡を取り、良い形で退院に向けた支援が出来るよう努めている。		
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	状態が大きく変化してきたときには、往診医から家族に病状説明を行ってもらい、家族の望まれる終末期の形を明確にし、それに沿った形での支援が出来るよう職員に周知している。	看取り支援に対応しており、利用者の状態に大きな変化が見られた際には、往診医から家族へ病状説明を行ってもらい、家族の意向に基づき望まれる終末期のあり方を明確にし、職員間で共有して支援方針を統一している。本人と家族の思いを尊重した看取りの実践に努めている。	
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	緊急時の対応については、定期的に学ぶ機会を設け、職員一人ひとりが適切な対応ができるようにしている。		
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	災害発生時に起こり得る問題を想定した、実践的な訓練を行っている	災害発生時に備え、実践的な訓練を定期的に行い、職員の対応力と連携体制の強化に努めている。平屋建てのため、水害時には近隣の同一法人ホームへの避難を想定している。	

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	本人の性格や生活歴を大事にし、尊厳が保たれるよう配慮している。	本人の性格や生活歴を尊重し、日々の支援の中でその人らしさが保たれるよう配慮している。また、尊厳を損なうことのない関わりを意識し、安心して過ごせる環境づくりに努めている。	
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	本人が選択したり自己決定することを尊重しながら対応している。		
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	施設の生活の中で、一定のルーティーンはあるが、利用者の特性に合わせて、その人らしく過ごせるよう配慮している。		
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	家族の協力を得ながら、その人らしい身だしなみができるように配慮している。		
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	毎日の食事は、職員が作るチルド食となっている。おやつ作り等で、作ることの楽しみも得られるようにしている。	日々の食事は、業者から仕入れたチルド食を職員が湯煎し、温かい状態で提供している。また、おやつ作りなどの活動を通して、利用者が調理の過程を楽しみ、食への関心を持てるよう工夫している。	
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	一人ひとりの状態に合わせて、量やバランスを考えてメニューを調整している。通常食が難しい方にはムース食やペースト食も提供している。また往診医の指示のもと、経口栄養剤も使用している。		
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	出来る限り本人の持てる力を尊重しながら、歯科医師・衛生士と連携し、口腔内の衛生が保てるよう努めている。		

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
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	それぞれのADLや排泄パターンを観察しながら、適切な形、タイミングで支援を行っている。	各利用者のADLや排泄パターンを日々観察し、状況に応じて適切な方法とタイミングで支援を行っている。常に個々の状態を踏まえた介助を心がけ、安心して過ごせる環境づくりに努めている。	
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	便秘にならないよう、毎日一定量の水分を摂取できるよう支援をしている。足りなかった場合は翌日に職員が情報を共有できるようにしている。		
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	共同生活の中で、予め入浴日は設定しているが、気分の乗らない時には無理強いせずに柔軟に対応している。	入浴日はあらかじめ設定しているが、利用者の体調や気分配慮し、無理のない範囲で柔軟に対応している。浴槽は一般浴と機械浴を備えており、利用者一人ひとりの状態に合わせた入浴支援を行っている。	
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	それぞれの方が安心して眠れるよう、室温の調整や寝具、環境整備に配慮している。		
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	職員が、利用者の服用している薬の目的を理解できるようタブレットに表記されるようにしている。不要と思えるものがあれば、往診医に相談している。		
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	日々の生活の中で楽しみや役割が感じられるような生活活動、レクリエーションを実施している。		
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支援している	お花見や近隣の公園等へ、社有車を使用して散歩に出かけている。また、家族から外出の希望があれば協力している。	花見や近隣の公園などへは、社有車を使用して外出している。また、家族から外出の希望がある場合には、状況に応じて協力し、安全に実施できるよう配慮している。	

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
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	個々のお金の管理は施設では出来ない旨、家族には契約時に説明している。必要なものがある場合にはネットで購入して頂くか、施設で立替えて購入している。		
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	利用者がいつでも電話を使える状況にはないが、必要に応じて取り次ぐ等の協力をしている。		
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	落ち着いて過ごせるような環境づくりに努めている。共同で季節にあった制作等を行っている。	2ユニットが横並びのフロア構成で、相互の行き来が自由ができる。大きな窓から光が入り、明るく開放的な空間となっている。ベランダでは野菜や季節の花をプランターで育て、落ち着いて過ごせる環境づくりに努めている。また、季節に合わせた共同制作活動も行っている。	
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	色々な選択ができるよう窓辺にソファを設置する等の工夫をしている。		
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	家族の協力を得ながら、心地よく過ごせるよう居室の環境を整えている。	居室には本人の希望する写真や本などが置かれ、家族の協力を得ながら、心地よく過ごせる環境を整えている。また、職員が定期的に清掃を行い、清潔で快適な空間の維持に努めている。	
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	安全に配慮しながら、利用者が自立的に移動できるよう、環境整備を行っている。		

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	26	タブレット型の記録システムにより、個々の利用者様の情報の記録・共有を行っているが、職員間で発信や受け止めの意識に差があり、十分に活用できていないと感じる。	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の職員が、自由に気付きを発信できる環境を醸成する事。 ・発信に基づいて課題を把握し、カンファレンスを通じてチームとしての統一した支援に繋げる事。 ・実行した支援方法の評価・見直しができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・会議等を通じて、個々の職員の気づきや発信の重要性を考えてもらう。 ・カンファレンス時に、シートを使って事前に情報を集める。 ・タブレットのデータをもとに検討内容の妥当性を精査して実際の支援方法につなげる。 	3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、行を挿入してください。

