

# 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	1192500195		
法人名	社会福祉法人 安心会		
事業所名	グループホーム所沢ほほえみ		
所在地	359-0031		
自己評価作成日	令和4年2月9日	評価結果市町村受理日	令和4年4月26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.kai.gokensaku.jp/11/index.php">http://www.kai.gokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ケアマネジメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和4年3月5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)】

日々の生活の中での家事の手伝いやお散歩などの活動を生活リハビリとして位置づけ、入居者の身体機能の維持に取り組んでいます。夏祭りなど季節の行事の他にも入居者の希望があれば個別外出など、それぞれの嗜好に応じたイベントを企画しています。中庭では花を植えたり野菜を育てるなどして、皆様に季節を感じながら見る楽しみ、収穫した野菜を食べる楽しみを感じていただいています。

## 【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)】

- ・職員は利用者一人ひとりの個性を尊重し、さりげなく寄り添いながら行動を共にし、それぞれのできることを実現できるよう努められている。また、季節ごとの行事や食のイベントに工夫を凝らし、利用者が楽しみを持って過ごせるよう支援がなされている。
- ・運営推進会議では、書面開催として文書を参加者に送付して意見を求め、面会や外出についてなど意見が出され、県の方針や厚労省の事務連絡を踏まえた事業所の対応方法について文書で説明が行われるなど、事業所の運営に活かされている。
- ・目標達成計画の達成状況については、災害発生計画を事業所内に掲示し、災害時の対応について職員間の共有を図られたことから、目標が達成されている。

## 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広がったり深まり、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
<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	開設時にスタッフ全員で理念を作成、施設内の見えやすい場所に掲示するとともにネームプレートに入れて携帯していつでも確認できるようにしている。	さりげなく寄り添い、ともに行動することで不安や心配事を取り除き、穏やかに楽しく過ごすことができるよう支援に努められている。職員は常に理念を携帯し、ミーティングの場などで共有しながら振り返りが行われている。	
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	事業所として、地元の町内会に入会、回覧板を入居者様に閲覧していただく事で入居者様にも地域社会の一員であるという事を感じてもらえるように心がけている。	コロナ禍で地域との付き合いができない中でも、隣接する公園散策時に挨拶を交わしたり、回覧板を通して地域の活動や情報を把握するなど、地域と繋がりを継続できるよう努められている。	自治会はあるものの、近隣に住宅が少ない環境の為地域とのつながりが難しい状況となっております。事業所が地域の一員として関わりを深める取り組みに期待します。
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	現在コロナ下であり、交流の場を設ける事が難しく、事業所として得た認知症の理解や支援の方法を地域の人々に向けて活かす事は出来なかった。		
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	運営推進会議を開催する事は出来なかったが、運営報告をご家族、関係者に送付する事で施設の状況を伝える事が出来た。	書面開催として文書を参加者に送付し、意見を求められている。面会や外出について意見が出され、県の方針や厚労省の事務連絡を踏まえた事業所の対応方法について文書で説明が行われるなど、事業所の運営に活かされている。	
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	運営報告書を送付し、施設の状況を報告。事故発生時には随時報告して助言をいただいている。	市の担当者とは、グループホーム管理者会議などの機会に連携を図られている。また、地域包括支援センターとは、空き室情報を共有し、入居の相談をいただくなど協力関係が築かれている。	
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	身体拘束適正化委員会を発足、身体拘束にあたりそうな事例について検討をした。	身体拘束委員会が定期的開催され、具体的な事例をもとに対処方法など検討されている。利用者の行動には理由があることを共有し、言葉かけを工夫するなど、身体拘束をしないケアに取り組まれている。	
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	施設内での虐待防止研修を行い、知識を高めるように努めた。		

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	成年後見人制度を利用している入居者様がいるため、制度に関する理解はなされている。		
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	契約時に重要事項説明書をもとに説明を行っている。改定の際は書面にて説明を行っている。		
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	年に1回アンケートを実施、意見や要望、クレームへの対応策について回答している。	法人内でのアンケートが行われ、面会や外出について質問が寄せられ、運営推進会議の書面で事業所の方針等説明されている。物品持参や受診同行などの機会に聴き取られた意見や要望は職員間で共有し、職員皆が把握し対応できるよう努められている。	
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	年に1回、管理者が職員面談を行っている。その中で職員から出された要望については可能な限り応えるよう努めている。	職員と管理者の距離が近いことから話しやすい雰囲気があり、時にリーダーが仲介役として検討し、備品購入やイベント企画など職員意見を積極的に取り入れられている。	
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	年に1回、管理者が職員面談を行っている。その中で職員から出された要望については可能な限り応えるよう努めている。		
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	現在は施設内での研修・指導にとどまっている。		
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	現状、アンケートへの回答に答えるくらいで、外部との交流の機会はほとんどない。		

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
<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	個別ケア計画作成時に入居者様・ご家族様の意向を確認している。		
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	面談時、契約時、個別ケア計画時にご家族様の意向を確認している。		
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	入居から1ヶ月間のケア計画は新しい環境に慣れていただく事を主眼に作成。その期間に入居者様のニーズを探り、概ね1ヶ月語に改めて長・短期の個別ケア計画を作成している。		
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	自分で出来る事は自分で、または職員と一緒にしていただく事を生活の基本としている。		
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	行事や会議への参加を呼びかけ、可能な限り関わりを持っていただくようにしている。体調不良や薬の変更などがあった場合は随時連絡を取り報告をしている。		
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	友人・知人への連絡を希望されている方には電話の取次ぎや手紙を郵送するお手伝いをしている。	友人に「手紙を出したい」「電話をかけた」との要望に応えられ、馴染みの人との関係が途切れないよう支援に努められている。また、回想法ライブラリーを活用したり、新聞の切り抜きや長年使っている薬へのこだわりなどを尊重されている。	
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	入居者同士が良好な関係を保ち、楽しく過ごせるように座席の配置や行事の際のメンバーの組み合わせに配慮している。		

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
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	必要に応じて相談や支援を行っている。		
<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	可能な限り本人が選択できるように努めている。	生活歴や家族からの情報のほか、レクリエーションへの参加時に得意なことが発見できたり、散歩や入浴などの1対1の機会を捉え、日頃言えない気持ちなどを汲み取られている。	
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	アセスメントにより集めた情報をフェイスシートにまとめて必要時に更新している。		
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	日中・夜間の様子、ケアプランの実施状況を記録し、必要時にカンファレンスを行っている。		
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	ケアカンファレンスにおいて介護支援専門員・計画作成担当者・介護職員がケアプラン立案のための話し合いを行っている。家族の意向については事前に聞き取る事が多い。	居室担当者によるモニタリングをもとにアセスメントシートを作成し、カンファレンスで話し合い介護計画が作成されている。目標や支援内容がワンパターンにならないよう、利用者個々に合わせたプラン作りが行われている。	
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	日中・夜間の様子、ケアプランの実施状況を記録し、定期的にカンファレンスを行っている。		
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	入居者様の状態やご家族の事情に応じて、可能な範囲で通院同行を行っている。またコロナ以前は入居者様の希望があれば個別での買い物や外食にも同行していた。		

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	コロナ以前はその時々のニーズにあったボランティアを依頼し、生活を楽しんでいただけるように支援していた。		
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	ホームの往診医が1人の入居者に対して月に2回の往診を行っているが、個別に受診が必要なケースについては連携を取り利用している。	協力医療機関は24間対応可能で、夜間帯の転倒などもスムーズに医療に繋がれている。週1回訪問看護師が訪問し、薬の調整などは看護師を通して主治医に相談することができ、利用者、家族の安心に繋がれている。	
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	訪問看護師が毎週来設しており入居者の健康上において気になる事や疑問に思う事があれば相談できる体制になっている。		
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。	家族と連絡を取り合い、医師からの説明に同席するようにしている。退院後はホームでの生活がスムーズに再開できるように、入居者様、ご家族様の意向に沿った暫定プランの作成も含めて支援をしている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化した場合の対応にかかる指針について書面で説明し同意を得ている。また必要時に主治医・ご家族・スタッフでカンファレンスを行い、病状や身体状況について説明する機会を設けている。	入居時に重度化や終末期の方針について説明が行われ、同意を得られている。入浴や食事摂取の状態変化、継続的な医療行為の必要性などを基準に話し合いが行われ、いくつかの選択肢を提示してその後の方向性を共有されている。	
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	スタッフが随時救命講習を受講している。		
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	消防計画・非常災害対策計画を策定している。定期的に消防避難訓練を実施して、通報手順や消化器の使い方、避難経路の確認を行っている。	定期的な消防訓練が行われるほか、災害発生計画を事業所内に掲示して職員への周知が図られている。備蓄は併設する特別養護老人ホームと共有し、いざという時の協力体制も構築されている。	災害対策には十分取り組まれております。災害は予測できないことから、夜間帯の職員配置の少ない状況を想定した訓練を実施されることに期待します。

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>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	呼び方などの礼儀、居室に入る際のノックなど、礼節をわきまえた態度を取るよう心がけている。	入室時にはノックをすること、名前はさん付けで呼ぶなど基本的な礼儀はもとより、一人ひとりの性格を良く把握したうえで人格やプライバシーを損ねることのないように取り組まれている。	
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	日用品の購入や外食の希望など、可能な限り入居者様の意向に添えるように配慮している。		
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し、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	可能な限り本人が選択できるよう配慮している。(散歩の行先やレクリエーションの内容など)		
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	身につける物は出来るだけ本人に選んでいただいている。		
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	メニューが決まった上で業者から納入された食材であっても、入居者様の好みや要望、その日全体のメニューの組み合わせ等を考慮して料理の内容を変更する事がある。	管理栄養士の献立のもと職員アレンジで見たり満足感を考えた食事が提供されている。イベント食に工夫を凝らし、忘年会のバイキング、ラーメン定食の会、お寿司と天ぷらなど利用者からの希望を取り入れ、食べる楽しみを支援されている。	
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	隣接する特養の管理栄養士が献立の作成をしており、必要に応じてアドバイスを受けている。水分や栄養の摂取が極端に困難な場合は医師に相談して適切な栄養補助食品を用意してもらっている。		
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、口腔ケアを行っている。また、ほぼ全員の入居者が月に1~4回、歯科衛生士の口腔ケアを受けている。		

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	必要な方には随時声かけや誘導を行い、全ての入居者がトイレで排泄を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握した声かけ、誘導が行われ、車いすでもトイレでの排泄が維持できるよう支援が行われている。リハビリパンツから布パンツに変えたり、パッドを薄いものに変えることができるなど、自立に向けた取り組みが行われている。	
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	毎日の散歩や体操に参加していただくように促すと共に水分摂取に心がけている。		
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	各入居者様の入浴日は決まっているが、時間や順番は特に定めず、気分よく入浴していただけるように心がけている。	週3回の入浴を基本とするが、入浴したことを忘れて「私も入りたい」と希望する利用者には柔軟に対応されている。また、入浴中は職員と1対1でゆっくり会話を楽しんでもらっており、日頃聴くことができない本音の気持ちを聴き取られている。	
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	就寝時間や起床時間は一律に定めずに、入居者様のペースに任せている。		
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	薬の情報ファイルを用意し、内容を確認できるようにしている。薬情報は処方都度新しいものと差し替えている。変更があった場合には業務連絡ノートに記載して周知している。		
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	お茶入れ、副菜の盛り付け、食器洗い等を入居者様に手伝っている。(現在はトレー、テーブル拭き、洗濯物たたみ) 要望に応じて好きなお茶を召し上がっていただく事もある。		
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	外出は難しい状況だが、本人の希望に沿って散歩など、出来るだけ外気浴の機会を設けている。	外出に制限があるなか、寒い日であっても毎日敷地内の散歩に出かけたり、家庭菜園の野菜の収穫やウッドデッキで洗濯ものを干すなど、なるべく外の空気に触れる機会を多く持つよう工夫がなされている。	



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	本人の希望があれば、雑誌や日用品の買い物の代行をしている。		
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	ご希望があれば可能な限り支援している。		
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	フロアに季節の飾り付けをして入居者様に季節を感じていただけるようにしている。フロアのソファからは中庭が見渡せるようになっており季節の花や野菜の育つ様子が見られるようになっている。BGMに唱歌やオルゴールのCDを流す事もある。	共用空間には、レクリエーションの一環として皆で作った季節感のある作品が飾られ、利用者はソファでくつろいだり、体操や書道、ビデオ鑑賞など思いおもいに過ごされている。また、静かに過ごしたいと希望される方には、1人用テーブルを配置するなど配慮がなされている。	
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	ゆったりと寛いでいただけるように、1人がけのソファも用意している。フロアでは気の合う仲間同士と一緒に寛げるように状況を観察しながら座席の配置などに気をつけている。		
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	自分の家にいるような安心感を持っていただけるように、居室に収まる範囲で馴染みの家具や日用品を持ち込んでいただいている。	馴染みのものや写真、仏壇などが持ち込まれ、利用者が落ち着いて過ごせる居室づくりを支援されている。一日中音楽を流したり、日記を書いたり、一人ひとりのペースで好きなことを行いながら自由に過ごされている。	
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	日付や食事の時間がわかるように、フロアにスケジュールやカレンダーを掲示している。それぞれの居室、トイレの場所がひと目でわかるように表札やトイレへの順路が掲示してある。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム所沢ほほえみ

作成日: 令和 4年 4月 15日

## 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	3	地域との交流の場を設けることが難しく、事業所として得た認知症の理解や支援の方法を地域の人々に向けて活かすことができていない。	認知症の理解、支援の方法を地域に発信する。	パンフレットなどを作成し、地域に配布する。	12ヶ月
2	35	災害対策計画を算定、消防避難訓練を行っているが夜間の避難方法や対応についての周知がされていない。	夜間帯の災害時の対応についての周知を行う。	年間2回行っている消防避難訓練のうち、1回を夜間想定とする。	12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。