

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	7904001236
法人名	有限会社 有馬
事業所名	グループホーム笑馬 福寿草ユニット
所在地	福島県いわき市三和町渡戸字宿頭79
自己評価作成日	令和7年1月20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	http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

事業所の時間にとらわれずに一人一人の生活のリズムに合わせた支援を行い、認知症が進行されてきてもなじみの関係が保てるようにまた居心地の良い生活が送れるように心がけ、支援させていただいております。

【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)】

--

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	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. 利用者の2/3くらいの			○	2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある			○	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)		1. ほぼ全ての職員が
		○	2. 利用者の2/3くらいが			○	2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	会議の場等で玄関に掲示してある介護理念に目を向けて介護理念に沿った支援が出来ているか確認している。		
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近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	地域合同で防災訓練を実施した。地域の特に高齢者の避難場所として交流スペースを活用できないか渡戸地区として申請中である。運営推進会議を実際に開催できるようになり地域の方々に活動の報告等を行い、助言等をいただき活かしている。		
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。	まずはグループホーム利用の方はどのような方かという説明をホームページ作成やパンフレット配布などで理解が広がるように努めている。運営推進会議では匿名で事例や実情を報告し、助言をいただいている。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている。	今年度から実際に会議を開き地域の方との対面で行えるようになったのでより地域の方の情報を得たり、当施設の地域の在り方など確認することができている。多角的な意見もいただき、運営に活かすことができた。		
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に取り組んでいる	運営基準に関してや、報告書関係、助成金申請等の報告や問い合わせを担当課に直接出向き直接担当課の職員と打ち合わせを行うなど密に連携を行っている。保険者からの情報メールを閲覧して情報を取得している。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	内部研修で身体拘束にあたる具体的な行為について説明した。定期的に適正化委員会を開き疑問点などを話し合い、拘束廃止に取り組んでいる。		
7	福-1	○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	身体拘束廃止、虐待防止委員会を定期的に開き話し合いをしている。虐待に関する内部研修を開き理解を広げている。		

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	施設長、専務が日本ソーシャルワーカー協会主催の市民後見人資格取得のための研修に取り組み、資格を取得し、活用できる体制になっている。		
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	契約書、重要事項説明書、その他の同意書、内容の変更時に説明し、同意を得ている。		
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	重要事項説明書に意見、要望、苦情が話せるように事業所連絡先、公的機関連絡先、第三者機関連絡先を明記、説明している。運営推進会議に家族の方の参加の依頼を行い会議の場で意見要望をいただいている。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことを心がけ、職員の働く意欲の向上や質の確保を図っている。	月1回開く幹部会議で職員の意見を議題に出し、全体会議時に決まった内容の説明を行ったり、直接相談を受け活かしていけるように心がけている。		
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	職員一人一人が無理なく働けるようシフトの調整を行っている。個々の努力を認め給与の見直し役職を付けるなど向上心を持って働けるよう心掛けている。		
13	福-2	○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	実際に同じシフトに入り、職員の様子や悩み、力量を把握するよう心掛けている。また資格取得や外部研修の参加などに積極的に参加を促している。		
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	コロナが5類になった事により対面での研修会などに積極的に参加し同業者との交流を図り実際に施設に来てもらい看取りの研修を行った。専門職からの貴重な意見を聞くことができ職員からも勉強になったとの声が聞かれた。		

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	
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	主に計画作成担当者がサービス利用に向けて十分にアセスメントを実施しご本人自身が現在困っていること、どのような生活を今後送っていきたいかな等を傾聴し御家族からの要望、不安に思っていること等を考慮し、より具体的なアセスメントからサービス計画を作成し支援に繋げている。		
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	入所するにあたり御家族等の体験や想いを理解しご本人とご家族の想いの違いを理解しながら不安がない様に御家族と密に連携を図り信頼関係を構築し、より良いサービス提供に努めている。		
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	サービスを導入するにあたって、ご本人やご家族が必要とする支援を見極め、職場全体に周知し必要時、福祉用具等の利用も含め初回の担当者サービス会議でより良い支援が出来るように努めている。		
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	日常生活の中でも役割を持っていたき、日常の日課として行っていたい。利用後すぐにはなく個々の気持ちなどを総合して段階的に目標設定を立てながら進めている。		
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	感染症流行の為全面的に面会を解除出来てはいないが窓越しの面会や日々の様子を写真や文章を添えて家族様へ伝えている。また計画作成担当者を通し利用者様、家族様双方の想いを聞きなるべく寄り添ったケアに努めている。		
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	面会や外出などなじみの関係が途切れないように努めている。入居中もお寺の檀家に入っている方もいらっしゃる。		
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	個人の意見を尊重しながら、職員が間に入り利用者様同士が関わりを持てるように努めている。		

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	相談等により、退去された後もご本人様やご家族様との良好な関係を築けるように努めている。		
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、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取組を心がけている。	アセスメント情報や介護計画書の内容を職員間で共有し、希望や意向の把握に努めている。ご家族との電話や面会等での来訪時にはコミュニケーションを図り、コミュニケーションが困難な方はご家族の意見を参考にしながらケース検討会議等で職員間で検討している。		
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。	居宅介護支援事業所からの情報から得られる生活歴を尊重し入所後もご本人が自分らしく暮らしていく環境に近づける様努力している。		
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	ひとり一人の状態を把握し変化などがあれば情報を共有して統一した対応に努めている。些細な変化も見逃さないようにしより良いケアに努めていきたい。		
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	各関係者から話を聞き本人様の生活に合った介護計画を策定し実践している。定期的にモニタリングを行い、必要があれば再アセスメントを行い介護計画を見直している。モニタリングに反映するために介護計画の視点に基づいた細かな介護記録が必要となる。		
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	客観的視点での日々の様子やケアの実践、結果、気づき等を口頭で申し送り個別記録に残したりケース検討会議やモニタリングに活かせるよう職員間で共有し、介護計画に活かせるように努めている。目標に合った日々の記録に努めている。		
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	ご利用者様、ご家族様の意見を尊重し、福祉用具業者等とも協力しサービス内容の見直しや、修正を適宜行っている。		

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	家族との関わりが途切れないように面会を再開し、運営推進会議でも家族と利用者様の参加を調整している。かかりつけの美容室に継続してかかられている方、地域の寺院修繕費の納金を継続されている方、季節行事でも定期的に外出し、地域のスーパーで買い物をしたりつながりを継続されている。		
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	協力医療機関の月1回の訪問診療を実施受診の内容の報告をご家族様に行っている。外部の専門病院やかかりつけ医の受診では、ご家族様から診察の内容を聞いたり、スタッフ対応の場合はご家族様に伝えるようにして連携している。		
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	介護職からの報告でその都度対応している。排便状況や入浴時の情報を細かく伝え必要なケアを提供させている。月に1度の訪問診療受診後申し送りにより薬の変更などの情報を共有している。		
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。	利用者が入院される際には早急な情報提供に努めている。退院の際には病院関係者からその方の情報収集を行い退院後のケアに活かしている。退院後の情報から今後当施設での生活が可能か見極められるような判断力を身につけていきたい。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の対応を示した指針を契約時に説明している。終末期になった場合の望まれる事項を細かに聴き取り協力医療機関と共有している。実際に終末期の段階に近づかれたときには家族様を交え対応の話し合いを行い再度同意をいただいている。		
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	応急手当の内部研修を年に1～2回定期的に行った。救急搬送要請方法も確認し、職員間で共有している。		
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	2か月に1回火災を想定した総合訓練、地震を想定した訓練、土砂災害、水害を想定した訓練を行っている。		

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
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	ひとり一人のプライバシーを確保し、守っていくように努めている。ケアの方法や座席など細かいところも職員と話し合い検討することを重要視している。		
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	月に数回、数種類の飲み物から好きな飲み物を選んで頂いている。また年に数回お買い物ツアーとしてお菓子やおやつ等を買いに地域のスーパーに出かけている。決められた予算の中で職員と一緒に買われている。		
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	ご利用者様の希望、天候により敷地内外への散歩やドライブ、季節行事に遠足等を取り入れご利用者様にとっての充実した日になるように支援している。畑で野菜を栽培して収穫などを共同で行っている。		
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	毎月～1か月おきに訪問美容を実施している。タンス等に何が入っているのかのメモを貼り、入浴時等にご自分で服を選んで着られるように支援している。選べない方は職員が選んで対応している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている。	出来る限り旬な食材を使い現在の季節を感じて頂けるような食事の盛り付け、提供を行っている。行事の他の日常的にも食材の切り方、盛り付け等をして頂けるよう支援している。利用者様の状況に合わせて副食の切り方(ひと口大、あら刻み)を変えて対応している。		
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	食事を残されることが続くなどあった時に職員間で話し合い原因を探り工夫して提供している。嚥下機能を考慮した食事形態(とろみ食材使用、ミキサー、刻んで提供等)で個別に提供している。利用前に食事に関するアセスメントを行い反映させて頂いている。トータルの食事量、水分量は特に気にして記録、申し送りを行っている。		
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	毎食後声かけや一部介助で口腔ケアが実施出来るように行っている。食事摂取のトラブル等があればすぐに対応しその後の経過等に関しても検討会を行っている。口腔ケアが行えるように職員が声掛け等を行っている。		

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
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	排泄が自立されている方は保持の支援を行っている。排泄の失敗を減らす為に時間で排泄の声掛けを行い自立に向けた支援を行っている。利用者様の排泄の失敗をもっと減らしていきたい。また自立されている方は保持し続けていきたい。		
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	ラジオ体操や歌体操など適度に体を動かせることを1日の中に取り入れ、水分摂取も1日小まめに提供しトイレ時の怒責の声かけや腹部マッサージも適宜行い便秘予防に取り組んでいる。		
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	利用者様に対する一人一人の入浴習慣等を満たしていただけるように支援している。身体全体が清潔を保った上に浴槽でゆっくりと楽しんでいただくことを行っている。入浴をもっと楽しんでいただけるようにしていきたい。またよりリラックスしていただけるよう適切な方法を保持しつつ改善もしていきたい。		
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	画一的でなくその方一人ひとりの1日のリズムに合わせて休息をして頂いている。その方にあった寝具を持ち込んでいただいたり、日中適度な運動を行い、安眠を確保している。必要に応じて眠剤の内服を行っている。		
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	全職員が内容、目的等を把握できるように担当の看護師が整理している。職員同士が確認、服薬の際にも確認してから服用していただくなどミスがないように努めている。変化があるときは、看護師と職員で情報共有を行っている。		
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	食事の準備、テーブル拭き、食器拭き、タオル畳み、洗濯干しなどの生活の中である日常的な仕事を強制するのではなく自発的に日課として行えるように工夫しながら見守りを行っている。		
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	春は桜の花を観に外出したり又近くのアジサイ通りを散歩したりホームの畑で野菜を収穫したり、収穫した野菜を使って駐車場で芋煮会を行った。コロナ対策の変更により出かけられる機会が多くなった。ご家族様の付き添いで病院へ通院されている方もいる。またお昼ご飯をご家族様と一緒に召し上がり、ホームに戻られる方もいらっしゃる。		

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	特に認知症状の進行したご利用者様の中には妄想等のBPSDが強く出現される方もいらっしゃるの でお金の所持は推奨せず、欲しい物などがあればご家族様と相談し、購入いただいたり代行して購入している。		
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	特に制限なく電話やご本人所持のスマートフォンのビデオ通話等で定期的にご家族様と連絡できるように支援している。		
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	朝、起床されるとカーテンを開けて朝の光を浴びていただく。昼はお昼寝される方は自室に行かれお昼寝されない方には少しでも気が休まるように電気を薄暗くして対応している。夕方はカーテンを閉じて1日が終わることを認識していただいている。季節の花を飾ったり、季節の歌を歌うことで季節感を取り入れている。		
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	座席は特に職員間で話し合い気の合った方など個々が快適な居場所になれるように配慮している。居室へは利用者様の状況に合わせ本人様へ選べる配慮をしている。日光浴も兼ねて庭を散歩したりして対応している。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。 (グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている。	居室にはなじみの物や家具を持ち込んでいただいで良いことを利用前にご利用者様、ご家族様に説明させていただいている。快適な部屋となるように工夫している。		
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	ひとり一人の「出来る」「やれる」ことに着目し無理のない範囲で自立して行う事が出来るように支援している。掲示物を工夫して利用者様が目的の場所に行きやすい工夫が必要と思われる。		

目標達成計画

作成日: 令和7年4月3日

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	介護計画の目標と連動した介護記録様式に職員間で話し合い変更した。介護計画の視点に基づいた細かな介護記録が必要と思われる。	日々の介護記録記入の際に介護計画目標を意識した細かな記録が出来るようになる。	介護記録記入の際に介護目標に関連する項目を確認し番号の記載をする。番号記載をしやすいうようなより具体的な目標設定に努める。	8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。