

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	0870101474		
法人名	株式会社ハートピア		
事業所名	ケアホーム日なた家 ユニット名(さくらユニット)		
所在地	水戸市酒門町1739		
自己評価作成日	令和 5年 10月 8日	評価結果市町村受理日	令和 6年 3月 8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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JigvosvoCd=0870101474-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート		
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階		
訪問調査日	令和5年10月30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)】

平屋建て3ユニットの広々とした空間に、利用者様が穏やかに生活している。認知症があっても安心して生活できるをモットーに、職員は利用者と交流し認知症の予防に努めている。利用者の衣食住を大切に、行事においては外出や創作などのイベントを行い、メリハリのある生活を送っている。

【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)】

事業所は幹線道路に面した住宅地に位置し、前は中学校の校庭で中学生の部活や登下校の様子を広い庭から見る事が出来る環境にある。代表者は利用者にもくもりが感じられるようなサービスを提供したいと事業所名を「日なた家」としている。職員は「なかよくだのしく暮らせる我が家づくり」を理念に掲げ、利用者の行動制限をせずできる事はやり、職員は「ありがとう」と感謝して利用者の自信につながり充実した日々を過ごし、事業所が家庭で有るような支援を実践している。コロナ禍で行事としての外出や外食の制限がある為、お寿司をテイクアウトしたり、お汁粉やたい焼き、BBQセットで焼き芋を作る等食の楽しみに繋がる様工夫している。施設長は隣接している神社の神事に参加し、近隣住民との親睦を図り、職員は家族会を毎年開催して家族等とコミュニケーションを図り、利用者・家族等・地域との「絆」を基本としたサービスを実践しているケアホームといえる。

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 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、戸外に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

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	全体会議の冒頭に全職員で読み上げるとともに、職員の名札のうらに理念をいれて常に確認することができるようにし、共有し実践できるようにしている。	倫理綱領としてネームホルダーの裏や各ユニットに掲示して確認している。利用者の行動や会話を尊重し、仲良く暮らせる我が家を目指し個別支援を行っている。	
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	地域交流として、地域住民に避難訓練へ参加して頂いたり、地域内の神社の清掃や枝払いの際に参加し交流している。	隣接している神社の神事や毎月の掃除に参加し地域の人と交流している。学区の高齢者支援センターでの高齢者見守り隊の訓練に参加している。	
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	水戸四中学区として行われる会議等に参加したり、地域交流の場に参加したりして、地域の方からの認知症のご相談を受けられるように体制を整えている。また、地域の方の認知症理解に努めるための催しに参加している。		
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	年四回開催される運営推進会議では、施設の事業報告をはじめ、サービス状況を報告し、意見を聞いて向上に努めている。	家族等の代表や地域住民、系列施設の施設長などが参加して定期的開催されている。全体行事や面会再開についての報告を行っている。	
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	水戸市高齢福祉課からの相談に応じたり、運営推進会議の場で、ケアについて伝えている。	市の担当者とは電話や窓口へ出向いて相談をしている。生活保護受給者への定期的な訪問があり、常に情報交換している。	
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	年四回会議や研修などを実施し、身体拘束をしないことについて、学びの場を設けている。	身体拘束排除のための指針を作成して定期的に委員会を開催している。具体的なスピーチロックを一覧表にまとめ各ユニットに掲示している。e-ラーニングを利用して職員は勉強をしてそれぞれ感想文を提出している。	

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
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	年四回会議や研修などを実施し、虐待を防止する知識を備えるよう学びの場を設けている。		
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	内部研修にて権利擁護や日常生活自立支援事業や成年後見制度について学んでいる。		
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	入居前の相談の段階で説明したり、入居後も利用者や家族不安や質問について耳を傾け、相談に応じるようにしている。		
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	利用者や家族から出た要望や意見について、丁寧に対応し、職員へ周知および改善に努めている。	家族会や面会時に意見や要望を聞いている。出た意見や要望については全体会議で共有し、解決できないことは本部に相談している。	
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	家族会を開催し、意見を聞く機会を設けている。出席できない家族に対してはお便り等で問い合わせできるようにしている。	日ごろから話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、ユニット会議や職員会議で話し合っている。スピーチロックの具体的な資料が有ったらよいとの意見を取り入れ、一覧表にして各ユニットに掲示した。	
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	年二回人事考課を実施し、職員の勤務状況ややりがい、目標などを聞く場を設けている。		
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	内部研修を実施したり、外部研修に参加することによって、職員が研修を受ける場を設けている。また、資格取得制度もあり、働きながら通るよう配慮している。		
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	グループホーム協議会や法人内事業所との交流の場に参加し、豪業者からの学びの場に参加している。		

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
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	日頃の関わりの中で、本人からの要望や不安などを聞き取りしできる限り生活に馴染んで頂くように努めている。		
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	入居前の相談時や入居契約の時に家族や本人の思いを聞き取り、安心して頂くようにしている。		
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	初期の段階での家族の要望と本人の状態を聞き取りながら、要望に応えられるかの見極めと、その方その時に適したサービスの情報提供に努めている。		
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	職員は、食事をともにしたり一緒に過ごす一員として接することに努めている。		
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	職員は、本人の困りごとや要望をに耳を傾け、家族と情報を共有し、安心した生活が送れるように常に話し合っている。		
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	面会をはじめ、友人や遠方の家族に対して電話や手紙を書けるような支援をしている。	利用者の生活歴や趣味、嗜好等を知るまでの記録がされていない。面会には家族等の他に知人等も面会に来ている。以前通っていたデイサービスに麻雀をしに行く利用者もいる。手紙や電話の取次ぎ支援を実施している。	その人らしい個別支援を実施する為にも、利用者の生活歴や趣味等記載するフェイスシートの作成を期待する。
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	利用者同士が、それぞれの個性を尊重しあえるような雰囲気作りに努めている。また、利用者の間にはいりながら共通に理解できるような支援をしている。		

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	退居時には、関係が途切れないような言葉かけをしたり、退居後にも連絡がとれる関係に努めている。		
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、本人本位に検討している	ひとり一人の生活や健康面での要望を聞き取り、ユニット会議等で話し合い、意向に添った支援ができるようにしている。	利用者の表情等で判断して支援している。日々の活動も無理強いすることなく利用者本位の支援をしている。利用者の思いを理解するために、色々と試して職員で話し合い表情等を参考に利用者が喜ぶような支援をしている。	
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	入居の相談時や入居契約時の段階で生活歴や暮らしの習慣などを聞き取り、入居後の支援に取り入れている。		
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	一日の過ごし方について一人一人着目し、できることとできないことの見極めをして関わるようにしている。有する力について職員で共有し、継続できるように努めている。		
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	介護計画を作成するにあたり、本人の状態に合わせて、本人や家族等と話し合い進めている。	計画作成担当者はそれぞれの関係者から意見を聞き担当者会議を開催して作成している。介護計画書は家族等が見てもどのようなサービスを受けているか分かり易い計画書となっている。	
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	介護経過記録を記入し、職員がいつでも確認できるようにしているので、共有することができる。そして介護計画に反映しより良い支援につなげている。		
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	本人の状況や家族の要望が変わることがあれば、聞き取りをして適切な対応をとるように努めている。その時には、ひとつのサービスに絞らず多方向から考えるようにしている。		

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
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	水戸四中学区の圏域ねっとわーくに所属し、地域資源について情報収集し、地域資源の把握や活用につとめている。		
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し、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	本人や家族の希望を取り入れながら、かかりつけの医師の継続や受診の支援を行っている。	協力医療機関へ月1回受診している。入居前のかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。受診には職員が同行するため、医師へは口頭で状況を説明している。	
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	訪問看護ステーションハート24と連携し、訪問看護師と協働しながら利用者の安心した看護の提供につとめている。		
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。	入退院の際には、利用者や家族が安心できるように、医療機関の看護師や地域連携室のソーシャルワーカーなどと連携し、継続できる関係づくりに努めている。		
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	重度化や終末期の段階の利用者については、医師と家族が話しえるように支援している。その際、本人や家族の要望に添うことに努めている。	重度化終末期介護に関する指針がある。協力医療機関の医師と連携するとともに夜間訪問看護ステーションと契約している。職員は年1回内部研修を行っている。	
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	急変時や事故発生時の訓練について、内部研修を実施し、いつでも慌てずに行うこと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	年3回の訓練を実施している。夜間想定での訓練を行うことで、昼夜ともに慌てずに避難できるようにしている。また、地域住民にも参加を呼びかけ参加して頂いている。	夜間や地震、水害など、年3回様々な想定をした訓練を行っている。訓練後は反省会を行っている。備蓄品のリストがあり保管場所が記入されている。	

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
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	ひとり一人の個性を尊重した関りに努めている。また、その方々が大切にしている誇りやプライバシーについて守るようにしている。	利用者の尊厳を大切にしてプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。個人情報に関する書類は鍵のかかるキャビネットに保管している。	
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	日頃の関りの中で、本人が選ぶことができるような言葉かけをし、自分で決められるようにしている。決定できない時においても選択肢をもうけるなどしている。		
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	日頃の関わりの中で、本人にどうしたいかをたずねるようにしている。また、希望がない場合においてもできる限りご本人の思いに添って支援するようにしている。		
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	本人のお好みに応じて身だしなみが整うように支援している。暑さ寒さなども、アドバイスを加えながら本人の意向に添うようにしている。		
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	決められた食事以外でも、行事で本人の意向に添った食事を提供したり。家族から届けて頂いたりしている。また、利用者も家事に参加する様子も多々ある。	代替え食や季節ごとの行事食に対応している。コロナ禍以前は外食に行っていたが現在はテイクアウトを楽しんでいる。職員と一緒に手作りおやつを作っている。	
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	利用者それぞれの食事摂取状態に合わせて食事を提供している。また量や栄養状態を観察し、必要に応じて補充することもある。		
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	毎食後の口腔ケアを支援している。また、歯科受診もすることにより口腔の状態についてアドバイスを頂くこともできている。		

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	利用者一人一人の排泄のパターンを把握し、必要に応じた介護用品を使用して自立支援を行っている。また、自立が難しい場合でも、全て介助するのではなく、できることできないことを見極めている。	時間を決めてのトイレ誘導や利用者の仕草を察知してのトイレ誘導を支援をしている。トイレでの排泄支援を実施して、おむつやパット等の軽減に努め効果が出ている。	
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	排便については記録している。必要に応じて排便間隔や水分摂取量や食事を伝え、医師と連携することもある。牛乳やヤクルトを個人購入している方もいる。		
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	入浴は、入浴日を固定で決めることなく、ひとり一人に声をかけて行っている。毎日入浴の体制を整えることで、その日だけに終わらせることなく次につながるような入浴支援を行っている。	利用者の意向に沿っていつでも入れるよう支援している。好みのシャンプーやボディソープを使用している利用者もいる。手すりやリフトが備えてあり安全に入浴できるようになっている。	
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	睡眠の状態は一人一人違うので、夜勤者からの情報や経過記録を確認しながら状態把握に努めている。安心して眠れるよう声をかけるとともに、寝具についても検討しながら睡眠状態をみている。		
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	職員は、服薬について確認できる環境を整えており、確認しながら服薬を行っている。服薬の経過をみることも怠らないように職員同士で声を掛け合っている。		
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	利用者一人一人の生きてきた過程を尊重しながら、認知症があっても喜びと笑顔のある日々が送れるように関わっている。また楽しみごと一人ひとりにあわせたものを準備している。		
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	コロナが流行してからは、家族と外出することができなくなったが、行事等で公園などに行くことができるようになった。	人混みを避けて散歩や買い物の支援を行っている。近隣の公園へ行くこともある。広々とした人工芝の中庭で自由に過ごすことができる。	

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	利用者自身が財布を所持し、管理できる方に対してはお金を所有している。所有後においても、本人の管理能力に応じて支援している。		
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	面会をはじめ、友人や遠方の家族に対して電話や手紙を書けるような支援をしている。		
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	生活感があるように、夜間と昼間の照明にメリハリをつけたり、温度も心地良くなるように配慮している。掲示物にも季節感を取り入れ利用者に楽しんで頂けるように努めている。	事業所全体が清潔に保たれ廊下なども広く、感染症を考慮して空気清浄機や温湿度計が配置されている。中庭は広く人工芝で、パン食い競争などの運動会を実施した。壁面には大きな絵画や利用者の作品、行事の写真が飾られている。小上がりの畳では利用者が洗濯物を畳んだり寛いだりしている。他にも利用者が寛げる様にソファーが配置されている。	
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	ユニットの共有フロアには、皆で過ごせるようなテーブルや椅子、テレビが置かれている。そこでお茶や食事を摂るようにしているので、利用者にとて馴染みの場所になっている。		
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	入居前に家族と話し合い、利用者が使い慣れた家具や寝具等を持ち込み、安心した生活が送れるようにしている。	居室は全室畳敷きで、マットを敷くなど自由に使用している。入居時に使い慣れたものや趣味の道具などを持ち込んでいる。	
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	建物の中はバリアフリーになっていたり、手すりなども設置されていたりして安全な環境になっている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 ケアホーム日なた家

作成日 令和6年3月8日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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	20 (8)	現時点でのフェイスシートは、ADLが充実しているが、グループホームらしいその方の生活歴や趣味などの内容を盛り込む必要がある。	利用者様のその人らしさを引き出すケアを実現する。	入居時のフェイスシートを見直し、利用者様の生活歴や趣味などその人らしさがわかるような様式に改め、さらに個別支援の充実に努める。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。