

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	1174800449		
法人名	秩父福祉会		
事業所名	グループホーム ひなた		
所在地	埼玉県秩父市吉田久長193		
自己評価作成日	令和1年6月10日	評価結果市町村受理日	令和1年7月29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.kai gokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9
訪問調査日	令和1年6月28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)】

当グループホームは、高齢者サポートセンター内にあり、センター内を職員と共に散歩、時にはデイの行事や保育園児との交流が図れ、グループホームひなた以外の方との関係を築く事ができます。
職員は年齢層が広く、それぞれの経験を活かしアットホームな雰囲気の下、利用者一人ひとりがホームでの生活に生きがいを感じ、管理栄養士と相談をしながら健康状態に応じた食事を提供、口腔ケアの実施、行事を計画し、利用者、職員ともに感動共有が図れるよう心がけています。

【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)】

- ほたるが生息する清らかな環境に施設は位置しており、恵まれた自然環境の中、利用者職員による生活が営まれています。日中は主にリビングで過ごし、レクリエーションやスクワットなど利用者の状態や意向にあわせた活動がなされており、利用者が「座りっぱなし」とならないよう活動の支援に努めています。
- 本評価に伴う家族アンケートからも変わらぬケアの温かさに対して賛辞の声が多く寄せられていました。入居者・家族の変更があるにもかかわらず、例年家族からの信頼を感じられるコメントや回答に本ホームの一貫した支援姿勢を理解することができます。
- 利用者とのコミュニケーションを図り、要望の聴取に努めています。利用者一人ひとりに設定された「連絡ノート」により意向や変化等の共有がなされており、ホーム全体で支援していく体制が整えられています。

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	当法人の基本理念の「白砂恵慈園三訓」を掲示し、職員の申し送り時に唱和し共有することで日々の業務で実践につなげている。	三訓の実践により家庭的なぬくもりのある支援を実現している。経験ある職員の行き届いた支援を財産として活用し、利用者に穏やかな生活が確保されるよう取り組んでいる。	新しい職員・若い職員の成長や活躍が期待されており、今後は人材の育成に注力をする意向をもっている。
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	利用者の高齢化と介護度の上昇で外出の機会が減少しているが、少人数で外出し地域の方たちと挨拶を交わし交流している。	地域の方々とは日々の挨拶を通して関係の構築に努めている。地域に居住する職員もあり、他サービスも併せた事業所の貢献が認知されている。	
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	地域からの相談に関しては日々の実践を通じた助言を行っている。		
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	偶数月の第4木曜日に運営推進会議を開催している。利用者様の状態、ホームの活動状況の報告を行い、参加者と意見交換や情報提供、助言をいただいている。	民生委員、地域包括支援センター、行政、家族等の方々に参加し、実施されている。開催時期を固定することで安定的な開催となっており、ホームの活動や状況の報告がなされている。	
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に取り組んでいる	秩父市役所吉田総合支所市民福祉課課長、吉田包括支援センター職員と運営推進委員会に参加していただき日頃から協力関係を築いている。	行政・地域包括支援センター共に運営推進会議への出席がなされており、連携と協調を図っている。保健センター等関係機関とも関係をもち、協力しながら利用者への支援充実を図っている。	
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	防犯上19時から7時まで施錠を行っているが、月1回の会議や勉強会を通じ理解を心掛け、徘徊など利用者の状況に応じて見守りを行っている。	日中は玄関を施錠しないケアを実践しており、利用者の自由な生活をサポートしている。研修・委員会を通して身体拘束をしないケアの周知に取り組んでいる。	
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	虐待防止の研修に参加、会議で職員間で共有を図っている。職員の日々の言動、行動が虐待を引き起こしていないか注意を払っている。		

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
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	研修会に参加し情報を収集、職員間で共有し家族に助言できるように心がけている。		
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、契約の内容を丁寧な説明を行い、利用者や家族に不安や疑問等がないか確認を行っている。		
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	家族の当ホーム来訪時に声掛けを行い、利用者のホームでの様子を話している。要望に対しては、会議や日々の業務内で検討している。	面会等にてコミュニケーションを図り、方針・支援への理解が広がるよう努めている。本評価に伴う家族アンケートからも変わらぬケアの温かさに対して賛辞の声が多く寄せられていた。	
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	日々の業務内や会議、勉強会、面談などを行い、職員とコミュニケーションを図るよう心掛けている。	毎月開催する「ひなた会議」は勤務中以外の職員が参加し、相談やひやりはっとの確認等がなされている。全ての職員が交替で参加できるよう勤務等への配慮がなされている。	
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	職員と意見交換を行い、職場環境、条件の整備等の要望を聞いている。法人内の労働安全委員会や法人会議内で職場の改善に向けた提案を行っている。		
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	研修に参加しスキルアップにつなげている。研修報告は会議内で報告し周知している。		
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	地域密着型サービス連絡協議会の研修に参加し交流や情報収集を行い業務改善につなげられないか検討している。		

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	サービス導入前に本人と家族に面談を行い、課題要望等を聞き出し安心してサービスを利用できるような信頼関係づくりに努めている。		
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	今までの家庭での生活、家族の関わり、当ホーム入所前のサービス利用状況、入所後の要望等を聞くことで家族との関係構築に努めている。		
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	相談時に本人、家族の思いや取り組みを確認し、必要な場合は市民福祉課や包括支援センター等と連携を図り、その方に適したサービスの助言を行うようにしている。		
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	利用者の立場に立ち家族と同じような関係が築けるよう心掛けている。		
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	家族に本人の様子を報告、情報共有しながら、家族の来訪時には、本人と家族がゆったりと過ごしていただいている。		
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	個別処遇等を通じて馴染みの人や場所へ出掛けて関係を継続している。	遠方に居住する家族や併設するデイサービスの利用者等々との関わりを持ちながら利用者以外の方々との交流が育まれている。近隣の保育施設の来訪は利用者の喜びとなっている。	
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	座席の調整を行い、利用者が孤立しないように、場合によっては職員が間に入るなど利用者同士が関わ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
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	契約が終了しても当ホームに顔を出して下さる方がいます。またお会いした際は声をかけるように心がけている。		
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	本人との日々の関わりの中で要望等を聞き取り、困難な場合には家族に相談しその人の立場に立って検討、支援の仕方について職員間で話し合っている。	利用者とのコミュニケーションを図り、要望の聴取に努めている。利用者一人ひとりに設置された「連絡ノート」により意向や変化等の共有がなされている。	
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	プライバシーや個人情報に配慮しつつ本人、家族から聞き取りを行い、生活歴の把握に努めている。		
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	一人ひとりの生活歴や日々の援助で得た情報を共有し支援を行っている。		
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	日頃の関わりを報告し本人や家族の要望を考慮しながら介護計画を作成し実践している。	利用者や家族の希望を確認し、穏やかな生活が継続できるよう計画の策定がなされている。目標の達成や成果については日誌に記録し、確認している。	
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	介護記録、連絡ノートに記録し職員間で情報の共有、その後より良い支援ができるように努めている。		
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	一人ひとりの現状に添ったサービスが提供できるように職員間で情報交換を図っている。		

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	市民福祉課、包括支援センター、法人内の部署との連携を図り支援している。		
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	本人と家族の希望に沿ったかかりつけ医と連携し、往診や通院時には、できる限り家族に付き添いをお願いしている。	通院・往診を通して利用者の健康管理と治療にあたっている。利用者・家族双方の負担を考慮した受診体制の構築を目指している。	
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	法人内の看護職員と連携を図り急変時の協力体制を構築している。		
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。	入院時には面会を行い本人の状態を病院側と情報交換を行い、退院時に備えるようにしている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ホームで生涯を送りたいと希望があれば、グループホームでできることを説明したうえで対応を検討しています。重度化になった場合は法人内に特養が併設していることも選択肢の一つとして情報提供させていただいています。	利用者・家族の要望を踏まえ、終末期の支援がなされている。入居時には説明するものの、支援が進む中で利用者の状態に鑑みながら情報の提供にあたっている。	異動・採用等により終末期の支援を経験していない職員もおり、支援内容の周知や重度化に対する家族対応の構築を課題として捉えている。
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	会議や勉強会を通じて緊急時の対応を検討、マニュアルの作成している。		
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	消防署の立ち合いで、法人内での合同の避難訓練を実施している。その際連絡網を活用したり、運営推進会議で話し合っている。	夜間・火災・地震等の想定のもと避難訓練が定期で実施されている。施設内の他サービスとの連携・備品の整備等もなされている。	

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
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	日々の関わりや会議等で意識向上を図り、当法人の三訓をもとに利用者の誇りやプライバシーを尊重するよう心掛けている。	利用者の尊重・個人情報保護等の研修を毎年開催しており、プライバシーが確保された生活となるよう支援に努めている。利用者の羞恥心に配慮し、入浴・排せつ等の支援方法が考慮されている。	
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	職員と馴染みの関係を構築し、利用者に合わせて声掛けや説明を行い、コミュニケーションを多く取れるように努めている。		
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	時にはリスク回避のための誘導はあるが、本人とかかわりながら、希望を引き出したり察したりしながら支援を行っている。		
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	外出時には上着や帽子等は本人に聞きながら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	利用者個々に合った食事を提供。健康状態によって食べられる食事を提供している。利用者にはテーブル拭きをお願いしている。	テーブル拭き等準備の手伝いをしてもらい、主体性のある生活を目指している。摂取水分量にも目標を定め、記録と確認をしながら進めている。	
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	管理栄養士と連携し食事の調整をしている。食事量は毎食記録している。水分は毎食事、10時、3時に1日1500mlを目安に摂取していただくようにしている。		
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	毎食後口腔ケアを行い、口腔ケアの研修を通じて利用者一人ひとりにあった口腔ケアを実施している。		

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
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	利用者によって定時・随時・声掛け等に対応している。またその時の利用者の様子や体調によっても対応を行っている。	自立している方々に対しても確認をし、自尊心を保持したサポートに努めている。清潔の保持に対しても工夫した取り組みがなされている。	
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	献立やおやつに繊維質を多く含むものを使用し水分をたくさん摂取してもらい、レクリエーションや体操を取り入れ体を動かし便秘予防に向け関わりを持っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	その日の体調や気分に応じて声掛けを行い、個々のペースで気持ちよく入浴できるよう支援している。	定期での入浴により清潔の保持にあたっている。安全に配慮し、二人体制等利用者一人ひとりの状態に沿ったケアを実践している。	
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	馴染みの毛布やぬいぐるみ、居室内に安心できるものを置くなどして安心して休んでもらえるように支援している。		
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	一人ひとりの服用している薬を把握し、服薬時には名前と薬があっているか確認、服薬できたか確認をしている。場合によっては家族、主治医に服薬状況を報告している。		
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	季節を感じられる年間行事やドライブ、残存機能を生かし一人ひとりに役割を持ち、できることを考え行っていたくことを支援している。		
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	天候や体調等で制限はあるが、散歩や外気浴ドライブ等を行っている。年に一度個別処遇で本人の希望を聞いて家族や地域に向く機会を設けている。	天候・スケジュール等を考慮しながら外出支援にあたっている。ハッピープランと名付けられた個別支援により、外食等が楽しまれている。	

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	家族よりお金を預かり職員が管理している。外出時や本人が購入を希望した時には預り金から支払っている。家族には事前に了解を図ったり、報告を行っている。		
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	利用者の希望に応じて電話を掛けられるようにしている。手紙葉書が届いたときには本人に渡し、家族に報告している。		
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	年間を通じて温度管理にも注意を払い居心地よく過ごせるように配慮している。また、テーブルに季節の花や作物を置いたりホーム内の壁に季節感のある飾りつけを施している。	ほたるが生息する清らかな環境に施設は位置している。日中は主にリビングで過ごしており、レクリエーションやスクワットなど利用者の状態にあわせて実施している。	
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	ホーム内外にソファを複数置き、気の合った利用者同士で過ごせるように工夫を凝らしている		
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	少しでも以後事よく過ごしていただけるように、家族と相談し馴染みのある家具や利用者が昔作成したものなどを居室内に置いている。	衣服を整理したり、休んだりプライベートなスペースを活用している。利用者が「座りっぱなし」とならないよう活動の支援に努めている。	
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	廊下、トイレ、浴室、玄関に手すりを設置して、安全の確保と利用者の自立度を高めている。トイレや居室なども案内板や写真を使用し安全な環境できるようにしている。		

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	33	利用者の入れ替わりと、加えて利用者の高齢化と重度化がみられる。今後、利用者が迎える終末期を利用者本人と家族の意向を改めて確認し、職員が共有し援助する必要がある。	・利用者の終末期について家族と話し合いの場を設け意向を確認する。 ・職員の終末期のケアに対し知識を深める。	・利用者の終末期の看取りケアについて家族の意向を確認する。 ・看取りの勉強会を行ったり、看取りの研修に参加する。	6ヶ月
2	1	職員の平均年齢の上昇がみられ、数年後の職員の人材を考え現職員のスキルアップ、意識向上、職員の人材育成が課題である。	・職員の意識向上やスキルアップを図る。	・月1度の部署内会議での研修の実施。 ・法人内外の研修(不定期)への参加により、資格取得など職員のスキルアップを図る。 ・より良い職場環境について会議にて検討する。(各月)	8ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月