

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	1196501363		
法人名	株式会社 ソラスト		
事業所名	ソラストさいたま見沼		
所在地	埼玉県さいたま市見沼区蓮沼87-6		
自己評価作成日	令和5年2月18日	評価結果市町村受理日	令和6年4月3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.kaigokensaku.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	東京都練馬区東大泉3-37-2		
訪問調査日	令和5年3月25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)】

<p>【地域の中で人として生きる】 プライバシーに配慮した個室をご用意する一方で、共有スペースは入居者様同士のコミュニケーションを大切にしております。ご入居者様同士が助け合い協力し合い生活を送っております。</p> <p>【ご家族との信頼関係を築く】 どのような認知症の方でも安心してお預け頂けるように、定期的にご家族の皆様をお招きして「家族会」を開催しご家族様とのコミュニケーションを大切にします。</p> <p>【こころ・からだ・環境】 スタッフが一人ひとりの個性を尊重するとともに、その日、その時の状態に応じた最適なケアの在り方を見極めます。</p>

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ●利用者同士の関係性が構築されており、助け合いながら共同生活が営まれています。習字など習慣の継続がなされており、共同スペース等に飾るなど家庭的雰囲気づくりに役立てられています。 ●利用者のできること・瞬間瞬間を大切に支援の実践に努めています。開設から2年目を終えようとする中、法人による指導と常勤比率の高さを活かし、安定した運営に取り組んでいます。 ●接遇の研修を実施しており、繰り返しによる浸透と定着に取り組んでいます。法人により充実した研修プログラムが組まれており、研修後にはレポート提出をもって学びの成果を確認しています。
--

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	【事業所理念】 その人の“その時”を大切に寄り添いこのグループホームでよかったと思ってい頂けるグループホームを目指します。 忘れてしまっても“その時”は楽しんでおり、美味しいものを召し上がり美味いと感じています。この一瞬を大切にしていきます。(忘れてもいいのです。一瞬は感じているのだから)	利用者のできること・瞬間瞬間を大切にした支援の実践に努めている。開設から2年目を終えようとする中、法人による指導と常勤比率の高さを活かし、安定した運営に取り組んでいる。	法人として虐待防止・認知症に対する知識の研鑽に努めている。充実した指導体制を活かしながら更に職員一人ひとりの研鑽を支援につなげていくことを目標としている。
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	町内会、自治会に加入しているが新規オープン1年と浅い為、コロナ禍もあり地域との関係が構築できていない。	新型コロナウイルスの影響によりまずは利用者の健康と安全を優先した活動となっている。自治会とは連携が図られており、協調しながら地域との交流を進めていく意向をもっている。	近隣に保育所があることから交流を希望している。園児たちとの親睦が利用者の生活を更に豊かにしてくれることが予想される。
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	町内会、自治会に加入しているが新規オープン1年と浅い為、コロナ禍もあり地域との関係構築ができていない。		
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1回の運営推進会を行っている。意見交換を行い意見や要望があれば反映している。	民生委員、自治会、家族等が参加し、対面開催がなされている。写真等を活用し、利用者の生活や様子を伝えられるよう工夫に努めている。	
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	本年度は運営推進会議に参加いただき意見交換をしている。町会長がさいたま市議会議員でご意見を頂いている。(コロナ禍収束にあたり近所の保育園との交流の橋渡し役をしてくださるとのこと。)	運営推進会議の報告などにより近況を伝えられている。地域包括支援センター等とは運営推進会議への招待を通して関係を構築していく意向をもっている。	
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	身体拘束委員会を設置し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ソラストさいたま見沼では身体拘束は行いません。 eラーニングにて全社員身体拘束研修を学んでいる。	身体拘束廃止委員会の開催、事業所内研修の実施を通して適切な支援への指導に努めている。接遇等利用者の尊重に努めている。	
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	虐待防止委員会を設置し、虐待防止マニュアルを全職員周知している。 eラーニングにて全社員虐待防止研修を学んでいる。		

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	特に学ぶ機会はないが、必要に応じて自己学習している。		
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	ご家族様の要望を確認しながら十分な説明を行っている。		
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	面会時やお電話、運営推進会議で意見や要望を聞いている。頂いたご意見については真摯に受け止め、可能な限り要望に沿えるようカンファレンス(ミーティング)で話し合うこともある。	家族との面会制限を設けず、関係継続を支援している。本評価に伴う家族アンケートにおいても感謝の声が寄せられている。	
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	管理者会議、個人面談で反映させている。	全体およびフロアごとのミーティングが開催され、内容が議事録におさめられている。常勤比率が高いことから共有と連携が図られた中で支援の充実に取り組んでいる。	
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	実績に応じたポイント付与(Thanks point)を毎月管理者より職員に届けている。 年2回のキャリアパス評価面談にて昇給の機会を設けている。		
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	事業所内研修の参加を促している。 実際に社内の介護技術研修やリスクマネジメント研修などに参加している。 またeラーニングで定期的に研修、自己学習している。		
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	会議や研修を通じ他事業所とも交流を行っている。		

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
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	入居前にアセスメントを行い、ニーズの把握に努めている。		
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	定期的に連絡、報告し家族の要望を活かせるよう努めている。また要望をケアプランに反映させている。		
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	入居前のアセスメントで一番困っている課題を優先して対応している。		
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	行事等でも一緒に食事を作ったり食べたり、創作をしたり寄り添って触れ合うことで関係性を築いている。 毎日一緒に過ごすことで「馴染みの関係」が築かれている。		
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	家族には面会時やお電話で日ごろの様子をお伝えしている。月1回の郵送物にはレクや日々過ごしている様子の写真を送付させて頂いている。		
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	馴染みの人が訪ねてくれるため、事業所として歓迎している。入居者同士での関わりができている。トイレの場所がわからなくなった人に同じご入居者様が教えて差し上げ支えあって過ごしている。	利用者同士の関係性が構築されており、助け合いながら共同生活が営まれている。習字など習慣の継続がなされており、共同スペース等に飾るなど家庭的雰囲気づくりに寄与している。	
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	仲の良い入居者が会話できるよう隣の席に座っていただいている。相性の悪い方は互いの行動が気にならないよう職員が配慮している。		

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	他の施設へ移った案件はまだない。 入院、退去の場合は経過を見守り、家族からの相談があれば応じている。		
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	入居時、家族や本人から聞き取りをしている。 毎日の生活の中から把握するよう努めている。	アセスメント・モニタリングの様式が定められており、利用者の既往や特性の把握がなされている。利用者に寄り添う理念に基づき、意向の把握に努めている。	
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	入居前の聞き取り調査で本人や家族から聞いたことをまとめ、スタッフ間で周知している。 入居前アセスメントをきちんと行い把握に努めている。		
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	業務日報に24時間の入居者別の記録を記入し、申し送りにて把握に努めている。 日常的に観察し日誌に記録し職員で周知している。		
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	月に1度ケアカンファレンスを行い、ニーズについて検討し、現状に要した介護計画を作成している。	計画作成担当者によるモニタリングを経てケアプランの策定・更新がなされている。利用者の穏やかな生活の実現・家族等の要望を加味して作成に取り組んでいる。	
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	入居者様一人ひとりの様子を記録して職員間で共有し介護計画の見直しに活かしている。 日々の様子を個別の記録に残し情報を共有している。		
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	出来る範囲で行っている		

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	コロナ禍の新規オープンだった為、ボランティア等受け入れは行っていませんでした。今後は近隣の保育園との交流やボランティアを受け入れていきたいと思う。		
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	提携病院の往診。(毎月第二、第四月曜日)いつもと様子が違うときは連携を取り往診に来て頂く。その記録も残している。	協力病院による往診、訪問看護事業者による支援により健康管理がなされている。連携により便秘や栄養状態の改善に取り組んでいる。	
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	訪問看護師に連絡相談している。訪問看護を利用し支持をもらい受診支援をしている。		
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。	協力病院とは密に情報共有を行っている。入院時に必要があれば説明の場に同席している。		
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	出来る限り本人や家族の希望に添えるように話し合いを行い、提携病院や訪問看護の協力を得ながら支援をしている。ターミナルケアは家族、医師、職員、ケアマネージャー、管理者で方針を共有して支援している。	医療機関との連携等により終末期の支援に取り組んでいる。家族等の揺れる気持ちに寄り添いながら柔軟かつ見通しを立てた対応に努めている。	
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	緊急対応マニュアルを作成し回覧、掲示している。今後は、救急救命講習を受講していく。		
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	ハザードマップの掲示、年2回、消防署指導のもと消防訓練を行っている。地域の方にも協力頂いている。本年度も感染予防の観点より職員のみで実施。	火災・地震等想定のもと定期で避難訓練が実施されている。取り巻く環境に対するリスク把握がなされており、法人策定のBCPをもとに対応を推測し、事態に備えている。	

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	言葉遣いには施設全体で注意している。 接遇研修でも「正しい言葉遣いを心掛ける」を掲げている。	接遇の研修を実施しており、繰り返しによる浸透と定着に取り組んでいる。研修後にはレポートが提出されており、学びの成果を確認している。	
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	働きかけてはいるが希望を表せない利用者は職員のペースになりがちである。		
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	一人一人の希望に沿った支援は全ては出来ていないが、その人に合った日課（散歩、家事、掃除など）に添うよう支援している。		
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	自分で衣類を選べない人は職員がコーディネートしている。 家族と外出するときは、本人の気に入ったものを選んでもらう。		
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	コロナの影響であまり外出ができないため、毎月の行事や誕生会では食べたいものを利用者確認し、お弁当をテイクアウトしたり、皆で調理をして楽しみを作っている。食器洗いや食器拭きもお手伝い頂ける方にはお願いしている。	栄養バランスを考慮した食事提供がなされている。行事での食事づくり、後片付け等による家事参加にて家庭的な雰囲気をつくれるよう努めている。	
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	食事摂取表に記載している。水分摂取の少ない人には水分表を用いて支援している。 食事形態を工夫して提供している。		
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	歯磨きを促し、出来ない方にはお手伝いしている。 訪問歯科にも協力いただき定期的な口腔ケアを実施している。 夜間ポリドントに浸け置きしている。		

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	排泄表を用いて排泄パターンをつかみ支援している。 排便の相談を訪問診療や訪問看護でもしている。	排せつチェック表による記録がなされており、書面とデータにて保存がなされている。医師からの指示のもと、排便のコントロール等を実施し、健康への支援に努めている。	
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	水分が不足しないよう声掛けでお好きな飲み物やお通じに良い物を飲んで頂いている。便秘にならないよう工夫している。必要に応じて医師に相談し便秘薬を処方してもらう。		
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	入浴表を作成し順番に個別で入浴している。 体調も考慮し、拒否のある方は無理に入浴することはしない。	入浴を拒否する利用者に対しては声掛けを工夫しながら清潔の保持に努めている。利用者の状態にあわせてシャワー浴を実施するなど対応にあっている。	
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	一人一人休息する時間がもてるように支援している。 体力の弱ってきた方は休憩時間を増やしたり、元気な方は日中活動して夜に睡眠が安定するよう支援している。		
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	往診結果の申し送りや薬の説明書で理解している。 往診後は薬局に管理してもらい、服薬指導や相談を行ってもらっている。服薬管理は全員が行っている。		
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	一人一人の希望に対応できていないが職員と一緒に季節に応じた創作やゲーム、家事手伝い等をしていただいたり支援している。 食器洗い、食器拭き、モップかけ、ゴミ出し等役割がもてるよう支援している。		
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	家族との外出は自由に行っている。 社用車を活用し、花見などレクでの外出支援を行っている。	毎月の行事、散歩や外気浴により外出を支援している。感染対策の緩和を受け、近隣との交流など積極的な外出を目指している。個別と全体の双方によるレクリエーションの実施により生活に彩りをもたらせるよう努めている。	

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
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	特に支援はしていない。		
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	電話の要望がある場合には職員が本人の前で掛けてから代わるようにしている。		
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	季節や気候、温度などによって窓を開けて外気を取り入れたり、寒くなり日の当たる場所が暖かければ窓際に座ったりを心掛けている。また季節に合った掲示物を飾ったりしている。	換気・消毒等により衛生環境の保持に努めている。掲示物等の配慮がなされており、落ち着いた雰囲気がつくられている。	
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	自席の他にソファやTVがあり自由に過ごせるようにしてある。ソファを使い工夫している。		
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	使い慣れた家具を持参頂いたりもしている。家族と一緒に写真や、自分の作品やお孫さんの作品を飾っている方もいる。	テレビなどが家庭から持参されており、リラックスできる空間となっている。家族からの贈り物が掲示されるなどそれぞれの趣向が凝らされた居室となっている。	
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	居室にはネームプレートを設置してわかるようにしている。トイレ、廊下、浴室には手摺りが設置されており、安全に移動し自立した生活が送れるようにしている。		

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	1	法人として虐待防止・認知症に対する知識の研鑽に努めている。充実した指導体制を活かしながら更に職員一人ひとりの研鑽を支援に繋げていく事を目標としている。	認知症ケア研修の基本をもとに、カンファレンスを通してケアの質を高める。	座学の他にロールプレイングやユマニチュードの手技を取り入れ、研修を実施していく。	3ヶ月
2	2	近隣に保育園があることから交流を希望している。園児たちとの親睦が利用者の生活を更に豊かにしてくれることが予想される。	保育園との交流を図り刺激を受けることで脳の活性化とイキイキと充実した生活を送ることができる。	コロナが無くなったわけではないので、地域の動向を見ながらオファーしていく。	3ヶ月
3					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。