

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	グループホーム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7年2月10日	評価結果市町村受理日	令和7年3月25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7年3月3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"> ● 協力医療機関の往診を中心に利用者の健康管理に取り組んでいます。医師からの指示や薬剤の変更等は全職員で共有・確認し、服薬事故の防止・適切な排せつコントロールに取り組んでいます。また医療機関と連携し、利用者・家族の望む、終の棲家としての役割を果たしています。 ● 町内会・自治会に加入するなどつながりをもてるよう取り組んでいます。ボランティアによる演奏会実施と会への地域の方々の招待など地域交流を実践しています。 ● 職員による手作りの食事は利用者の生活の楽しみとなっています。配膳・下膳などの家事参加、出前や行事食の提供など工夫に努めています。

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 (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、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良かったと思って頂けるグループホームを目指します。	法人理念を実践し、家庭的かつ丁寧な支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりに深く入り込むケアも3年目を迎え、安定した運営が実現している。	ケアの統一・グループホームの運営の理解を課題として認識している。これら解決は人材の育成であり、法人とともに進めていく意向をもっている。
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	町内会・自治会に加入はしている。民生委員会等を通じて、イベントがある場合は、情報提供をしている。	町内会・自治会に加入するなどつながりをもてるよう取り組んでいる。ボランティアによる演奏会実施と会への地域の方々の招待など地域交流を実践している。	保育園との交流が難しいため、次策を検討している。地域包括支援センターに協力してもらい、できる貢献についてピックアップを進めており、実現が期待される。
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	2か月に1回運営推進会議に実施をしている。意見交換を行い意見や要望があれば反映している。		
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回運営推進会議に実施をしている。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、家族、地域包括支援センターを招待し、定期開催がなされている。ホームの様子を報告し、内容は議事録におさめ保管されている。	
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	本年度は見沼区介護サービス派遣事業相談員(見沼区役所高齢介護福祉課)の受け入れ日程を調整している。3月中に実施予定。	介護サービス相談員の活用を要望し、本月受け入れが予定されている。外部の方の訪問や親睦を通し、利用者の生活がより充実していくことを企図している。	
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設置、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。グループホームソラストさいたま見沼では身体拘束を行いません。Eラーニング(現:テラススタジオ)にて、全職員身体拘束研修をしている。	身体拘束廃止委員会が3か月に1回開催されている。また法定研修等についてはEラーニングを活用し、職員の都合を考慮しながら研鑽が進められている。	
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	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(現:テラススタジオ)にて、全職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	面会時や電話、運営推進会議で意見や要望を聞いている。頂いた意見に関しては、カンファレンス(ミーティング)にて対応可能かどうか検討している。	家族との外出、外泊を自由にし、関係性が維持されるよう努めている。入居時の説明については留意や見直しを予定している。	
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	管理者会議や個人面談で反映させている。	フロア会議等により利用者の支援方法、支援時の質問等が話し合われている。会議内容はノートにおさめられ、いつでも確認できるよう保管されている。	
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	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おい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。社内のリスクマネジメント研修などに参加している。またテラススタジオで定期的に研修・自己学習をしている。		
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	会議や研修を通じて、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に努めている。また家族の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	入居前に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	行事等で一緒に食事を作ったり食べたり、創作をし、寄り添って触れ合うことで関係性を築いている。		
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頃の様子をお伝えしている。		
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	馴染みの人が訪問される為、事業所として歓迎している。入居者同士で関りができており、お互いの居室を行き来したり、困っている人を助けたりしている。	入居者同士の関わりについては、職員が間に入りながら環境に配慮しながら進めている。ハンバーガーやラーメンなど日常食さないものも取り入れながら楽しみを増やせるよう努めている。	
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	仲の良い利用者が会話できるように隣の席に座って頂いたり、相性の悪い利用者様にはお互いに行動が気にならないように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	入院の場合は経過を見守り、退去の場合は家族からの相談や支援に努めている。		
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	入居時に本人や家族から意向や希望を確認している。また、毎日の生活の中から把握するように努めている。	利用者の基本情報、意向等は業務支援システムおよび利用者ごとのファイルにおさめられている。ケアプランの更新時には利用者・家族の要望を聞き、これらの尊重に努めている。	
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にて本人や家族から聞いたことをまとめ、スタッフに周知し情報の共有に努めている。		
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。		
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実施し、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。	プライオリティを意識した目標設定がなされている。利用者の変化に対して細やかに対応・更新しており、利用者の穏やかな生活と家族の安心に寄与するようプランづくりがなされている。	
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	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	可能な範囲で実施している。		

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
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	ボランティアの受け入れを開始している。保育園との交流も進めていきたいと思っている。		
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	提携医療機関の往診(毎月第2・4月曜日)普段と様子が違う時は、連携をとり提携医療機関と連携し支持を仰ぐ。また、記録も残していく。	協力医療機関の往診を中心に利用者の健康管理に取り組んでいる。医師からの指示や薬剤の変更等は全職員で共有・確認し、事故のないよう取り組んでいる。	
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	定期的に訪問看護師に来ていただいている。入居者の情報を訪問看護師と共有し、適切な対応ができる様に支援している。		
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。	協力病院とは情報共有を行っている。入退院時に、家族や病院からの要望があれば、積極的に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	でき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、往診医や訪問看護師に協力を得ながら、支援している。ターミナルケアは、家族・医師・職員で方針を共有し、支援・体制づくりを整えている。	利用者・家族の望む、終の棲家としての役割を果たしている。各種加算の取得については今後の検討事項としている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し掲示している。今後は、AEDの使用方法などのマニュアルを整備していく。		
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回の消防訓練を実施している。	自然災害、夜間想定等の避難訓練を実施している。取り巻く環境を把握し、優先事項を考察しながらリスク管理が進められている。	

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	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。	あたたかな支援と礼節のバランスを図りながら支援に取り組んでいる。利用者の望む呼称についてはケアプランへの掲載、家族の同意をもって行っていこう留意に努めている。	
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	働きかけは行っているが、自分の希望をうまく表現できない入居者にたいしては、選択肢を提示し選べるように対応している。		
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	一人ひとりの希望に沿った支援の全てはできていないが、入居者の個々に合った日課(散歩・家事・掃除など)にそうように支援している。		
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	ご自身で衣類を選べない場合には、職員と一緒に選んでいる。 家族と外出する際は、ご本人が気に入ったものや季節にあったものを着て頂いている。		
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	毎月の行事や誕生会で食べたいものを確認し、お弁当にしたり、出前をとったりしている。皆で調理をし、楽しんでいる。 食器洗いや食器拭きなどのお手伝いをお願いしている。	配膳・下膳など利用者の能力にあわせて家事参加を支援している。出前や行事食など日常から離れた食事を用意するなど工夫に努めている。	
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・水分摂取表に記載している。 また、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、できない入居者に対してはお手伝いをしている。また、訪問歯科にもご協力頂き定期的な口腔ケアを実施している。 義歯も夜間にポリドントに浸けおきしている。		

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確認しながら、支援している。 排便コントロールに関しては、訪問診療や訪問看護に相談や対応をお願いしている。	医師と相談しながら排泄のコントロールに取り組んでおり、間隔を確認しながら支援を進めている。また水分摂取については記録・確認し、冬季においても体調管理に努めている。	
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	水分不足にならないように声掛けをしながら、好みの飲み物等を摂取して頂いている。 必要に応じて、往診医より薬の処方をして頂いている。		
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	入浴表を作成し、順番で個別に入浴している。体調や身体状況・拒否に応じて、その時々にあった入浴方法を提供している。	利用者の意思を尊重しながら清潔の保持に努めている。支援方法や職員配置にあわせて柔軟に対応し、利用者の気分転換となるよう取り組んでいる。	
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	一人ひとり休息が持てる様に支援している。 体力の低下している入居者に関しては休息時間を増やしたり、元気な入居者に関しては日中の活動を増やし、夜間の睡眠が安定す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	往診結果の申し送りや薬事情報で理解している。往診後は、薬局に薬を直接配置していただき、服薬指導や相談を行っている。 服薬管理に関しては、全員で実施している。		
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	一人ひとりの希望に対応できていないが、職員と共に季節に応じた創作やゲーム、家事手伝い等をして頂き、支援している。 また、食器洗い・食器拭き・モップがけ・ゴミ出し等の役割ができるように支援している。		
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	家族との外出を自由に行っている。 暖かい日や穏やかな気候の日を選び、職員が同行し、散歩も行っている。	職員配置を考慮し、管理職が手伝いながら外出支援がなされている。近隣への散歩などにより気分転換と体力維持を図っている。	

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
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	金銭管理を施設にて実施していないため、支援なし。必要な場合は、家族に直接依頼している。		
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	ご本人からの要望がある場合、職員が本人の前で電話をし、家族と話せるよう支援している。		
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	季節や気候、温度により窓の開放や外気の取り入れを行っている。寒い日に日の当たる温かい窓際に座って頂いている。	広いスペース、アイランド型のキッチンなど見守りと生活のしやすさを意識したりリビングとなっている。日中はおしゃべり、レクリエーション、テレビ鑑賞などを楽しみながら穏やかな時間を過ごしている。	
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	自分の席の他にソファがあり、自由に座れるようにしている。		
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	基本的に、使い慣れた家具を持参して頂いている。入居者により、必要な物が異なるため、テレビ等を持ち込まない入居者がいたり、家族写真や自分の作品を飾っている人もおられる。	1階と2階の特徴を踏まえ、それぞれの居室管理体制を敷いている。家具や家族の写真などが思い思いに持ち込まれており、プライベートな空間が確保されている。	
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	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・浴室には手すりを設置しており、安全に移動したり、自立した生活が送れたり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	1	ケアの統一ができておらず、人材育成に関しても、職員不足があり、うまくできていない。	認知症ケアの基本をもとに、カンファレンスを通してケアの統一を高める。	日常のケアやカンファレンスを通して、ケアの質や統一をしていく。	3ヶ月
2	2	ボランティアや地域交流が少なく、ボランティアの応募や問い合わせがない状態である。	地域交流やボランティア募集を継続して行う。	地域包括支援センターに協力してもらい、ボランティア募集や施設のイベント等の案内をして頂く。	6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、行を挿入してください。