（別紙4）　　　令和　　元　　年度

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（ばらユニット）		
所在地	水戸市酒門町1739		
自己評価作成日	令和元年　9月11日	評価結果市町村受理日	令和元年12月18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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=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	令和元年10月29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）】

利用者と職員が介護される側・介護する側の立場ではなく、同じ立場の関係にあり、共に笑い合う姿がたくさん見られている。利用者様の出来る事に着目し、出来ないことを支援している。また、日々の介護業務を遂行しながら、その合間に利用者様にとっての楽しみ事を見出している。その結果、穏やかで生き生きとした利用者様の表情が見られている。環境においては、3ユニット平屋建てのため、敷地が広く開放的な空間になっている。利用者が散歩をしたり目の前に広がる田園を眺めたりする姿がよくみられている。

【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）】

事業所の中庭には広い芝生や東屋、また室内も明るく広々としていており、利用者がゆったりと過ごせる場所になっている。近隣には東部公園、図書館、コンビニエンスストア、スーパーなど利用者が散歩がてら利用できる施設が整っている。中学校圏域でのネットワークが構築され、避難訓練の際には地域住民も参加する等、地域との交流が盛んである。利用者の笑顔が見られ職員同士のコミュニケーションが良く活気のある事業所である。元利用者の家族からベンチが寄贈されたり、また利用したいとの声があり家族ともコミュニケーションが取れている。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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
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

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	倫理綱領で「地域に開かれたものにするとともに、利用者が地域社会の一員として生活することを支えます。」と揚げ、それを基に職員は利用者と地域住民との関係が密になるように努めている。	法人の経営理念を元に日なた家設立時に作成している。利用者主体に重きを置き、利用者目線でサービスに繋げている。ユニット入り口に掲示し、毎月の全体会議時に唱和して確認をしている。	
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	近隣の公園への散歩や買い物に出かけて地域との交流を行っている。また、避難訓練を行うにあたって、チラシを作成し、家々に配るなど積極的に参加を呼び掛けている。	自治会に加入し、近隣の学校や地域の行事にも積極的に参加している。施設主催の行事にも近隣住民を招待するなどして交流している。地域のネットワークに所属し、地域見守り隊にも参加している。	
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	地域ボランティアを受け入れる体制を整え、利用者との交流を通じて認知症の理解に取り組んでいる。		
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ヵ月に一回、家族等の代表や地域の代表、有識者、市職員、施設職員が参加し開催している。外部の意見を参考にしながらサービスの向上に努めている。	家族等の代表や市職員、地域包括支援センター職員、地主、同法人の他事業所施設長等が参加して定期的に開催されている。毎回テーマ(感染症や事例検討・加算等)を決めて説明を実施している。	
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	市の介護保険課や高齢福祉課、生活福祉課と訪問や電話で連帯を図り、利用者について様々な相談など情報交換を行っている。	介護保険課に法改正に伴う介護保険申請についてや更新時に訪問したり、高齢福祉課におむつの給付や入居について相談をしている。訪問や電話で連携を図り、情報交換をしている。	
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	施設内全体での会議やユニット会議で話し合いを行い、身体拘束をしないケアへの意識作りと実践をしている。また、身体拘束防止に関するマニュアルを設けている。	全体会議やユニット会議で話し合いを行っている。 スピーチロックについては職員で共有している。身体拘束排除に関するマニュアルが あり、内部研修　を年1回行っている。身体拘束適正化委員会を年4回実施している。	
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注意を払い、防止に努めている	施設全体での会議やユニット会議にて話し合いを行い、利用者への虐待防止の意識作りをしている。虐待防止に関するマニュアルを設けている。		

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	全体会議にて成年後見制度の勉強会を行なっている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時には契約書類を家族に見てもらいながら、施設長または管理者が時間をかけて重要事項説明および契約書の説明を行う。もし、家族に不明な部分があった場合は理解していただけるよう十分に説明をしている		
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	契約の締結の際に同様に説明を行なう事で理解を得ている。また家族会でも意見、要望を伺う機会を設けている。	意見箱を設置したり、面会時にお茶を飲みながら近況報告をして、その際に意見が聴けるよう配慮している。家族会を開催するほか、家族アンケートも行っている。	
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	施設内全体での会議やユニットでの会議を月に一度行い、意見交換を行っている。普段の業務中でもコミュニケーションを図り、意見を聞き出すように努めている。	日頃から話しやすい雰囲気つくりに努めるとともに、毎月の職員会議で意見を聴いたり、職員面接時には報告シートを提出した上で面談を行っている。職員からの意見は話し合い、運営に反映している。	
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			
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			
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			

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	入所された当初は他の利用者と上手くコミュニケーションが取れないため、間に入ることで他の利用者と話す場を提供している。また、会話の中で利用者が施設でどのような生活を望んでいるか等を聞き出すように心がけている。		
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	利用者が施設で生活していく上で趣味や習慣等を伺っている。家族には施設を利用する上でどのような不安や要望を持っているか積極的に伺うように努めている。		
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	本人や家族等が求めている事柄に対し、施設が応えることができるかを十分に見極め、話し合いを繰り返すことで家族や利用者本人が納得できる支援を行っている。		
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	掃除、洗濯、炊事等生活全般を一緒に行なうことで自然となじみの関係が築けている。		
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	家族が訪問された時や電話で利用者の日頃の状況を報告している。また、利用者と家族との距離が離れないようコミュニケーションを図ると共に利用者の好みや習慣を伺うなど、家族と共に利用者の生活を支援している。		
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	外出レクで馴染みの地域の場所へ出かけることによって昔の事や季節感を感じるように取り組んでいる。面会時間などは規制はなく、気軽に立ち寄れるようにしている。	入居時の聞き取りなどで利用者の馴染みの関係を把握し、「基本情報私の支援マップシート」を活用し、職員間で共有している。手紙や電話、馴染みの店での買い物などの支援している。	
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	利用者の気質や性格などで利用者との関わりが困難な場合においても職員が間に入ることで円滑な人間関係が築かれるように支援している。		

自己	外部	項目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	退所後も電話等連絡し、ご家族の状況等確認している。新しい施設で生活している場合は面会に足を運んでいる。		
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	普段の生活の中で思いを聞く事。フロアでは話せないことも居室にて本音を話して下さる場合がある。その思いを聞いて、本人の希望に添える様に支援している。	生活歴を家族等からヒアリングしたり、行動や表情を見て利用者の思いを把握できるよう努めている。利用者の得意なことを行ってもらったり、買い物など、希望に添えるよう対応している。	
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	職員は利用者のこれまでの暮らしを必要であれば家族やご本人から話を聞き把握する。その情報を基に職員で話し合い検討しながら支援している。		
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	利用者の毎日は活動日誌に記録され細かな変化も共有する事で対応している。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族の希望を主眼においてケース会議にて話し合い介護計画を作成している。	家族等や利用者の希望を聴き、医療関係者の意見を取り入れて、職員と理学療法士が計画を作成している。半年ごとにモニタリングをして見直しを行っている。利用者の状況に変化があった場合には随時見直しを行っている。	
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	ユニット会議時に個人記録を元にケアの支援について話し合い、それぞれの意見やアイディアを反映した介護計画を作成している。会議以外でもその都度、変化に応じてケアの方針を考え、ユニットの連絡帳へ記載し、実践している。		
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、その時々に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	入居者が入院してしまい、ご家族が遠縁、または遠距離で、入院の面会頻度が少ないまたは難しいなどで洗濯物がどうしても出来ない場合は状況によって施設で洗濯を行っている。「食事を部屋で食べたい」等の要望に個別に対応している。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	近くには東部公園、東部図書館、駒形神社がある。また車で10分程度で千波湖があり偕楽園、護国神社等地域資源は豊富で恵まれている。それらを散歩、ドライブ等にて利用している。		
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	入居時に本人、家族等話し合い近隣以外のかかりつけ医を希望する場合には家族等の協力を得ながら受診すると共に受診結果を共有している。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関（城南病院）の医師による訪問診療が月1回ある。家族等の付き添いが基本で、利用者の様子を書いた手紙を持って行ってもらっている。	
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	週２度の訪問看護がある。その都度報告、相談しすることで、情報の共有に努めている。また夜間、緊急時においては、電話連絡にて、指示を受ける体制が整っている。		
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。	利用者の通院時等にて主治医と利用者の情報の共有を行い急な入院に対しても対応できるように努めている。また入院後も担当職員は定期的な面会を行い情報の収集を行う体制を整えている。		
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	入居時に施設の重度化や終末期に関する考え方を本人、家族等に十分に説明し同意していただければ同意書にサインしてもらっている。	看取りを行うことを契約時に説明している。看取りが始まったら個別のマニュアルを作成して職員間で共有し、改めて家族等に説明を行っている。「看取りに関する指針及び同意書」「在宅で看取るための手引き」があり、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	緊急時の対応はマニュアル化してあり職員全員が対応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	避難訓練は基準に従い、管轄下の消防署や企業とも連携し行っている。また地域住民にも避難訓練参加を呼びかけている。	夜間や地震、水害を想定した避難訓練を年3回実施している。反省会を行い、課題について話し合っているが次回の訓練につなげるまでには至っていない。訓練時には近隣にチラシを配布して近隣住民の参加を得ている。	反省点を次回の目標に掲げると共にチェック項目にする等見やすい書類の作成の工夫を期待する。

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	職員は利用者は人生の先輩である事を認識しいかなる状態であっても利用者を尊重した言葉掛けを行なっている。	利用者の誇りやプライバシーに配慮した対応をしている。個人情報に関する同意書がある。人権尊重や守秘義務については入社時の規約に記載し、マニュアルを基に権利擁護の内部研修を行っている。	
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	本人の希望や思いを、日ごろの様子を観察し自己決定できるよう支援している。		
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し、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	入浴や掃除など本人が希望されない時は無理に行なわず、またの機会にお誘いしている。		
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	着衣、着脱において介助を要し、また自己決定が難しい利用者に関しても、健康であった頃の身だしなみを参考にしながら服の選択をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	準備にはテーブル拭き等、お願いしている。また、ホワイトボードにメニュー書きを入居者様にお願いして記入して頂いてる。後片付けを職員と一緒に行う事でコミュニケーションをとっている。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。宅配業者を使用するようになって、時短になり職員の負担軽減につながったことによりうどん作り、焼きそば、ホットケーキ等の調理レクが増えた。	
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	利用者それぞれ食事量、水分量は観察していき、記録が必要と判断される場合は食事摂取表等に記録している。また場合によっては医師、看護師に連絡し相談している。		
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	利用者の状態によって声かけ、一部介助、または全介助など口腔ケアをおこなっている。		

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	排泄チェック表など活用し利用者の排泄パターンを把握し自立に向けた支援を行なっている。	排泄チェック表から把握し、一人ひとりに合わせて誘導や介助を行っている。日中トイレでの排泄を支援して排泄の自立につなげている。	
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	飲食物は栄養士が高齢者向けに食事を考えている。またレクリエーションにリハビリ体操、等行い適度な運動により快適な排泄の援助を行なっている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	本人の好みに合わせ、入浴の予定を決めている。週2回又は3回入浴ができる体制にしている。	3ユニットあるのでいつでも入浴できるようになっている。浴室にはシャワーチェアや手すりを備え付けている。足浴や清拭にも対応し、入浴剤を使用することもある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	特に制限なく起きていただいている。しかし体調を考慮してあまりにも遅い場合には声を掛けて就寝を促している。		
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	医師から服薬の説明を受けたり、処方箋や通院記録に記録している内容を職員は確認し情報の共有を行なっている。		
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	利用者の中には計算が得意な入居者様がいるので、夕方に計算ドリルをしていただいている。また、職員と麻雀を行う事もある。		
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	利用者の希望により散歩がてら買い物へ出かけたり公園内の図書館へ出かけたりしている。	近所を散歩したり、近隣のコンビニエンスストアやスーパーに買い物に出かけている。利用者が希望するところにドライブに出かけている。年間行事計画を立てて、車いすの利用者も一緒に外出している。	

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	入居開始時に希望がある場合には本人が金銭を所持する際になくなった場合やその他金銭トラブル等の可能性を十分本人または家族等に説明し、所持していただいている。または事務所に保管し使用できることを説明している		
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	家族に電話したいと話がある場合に、電話を職員が掛けて差し上げる対応をしている。利用者の中には携帯電話を所持している方もいる。		
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	趣味のポスターなどを居室に掲示したりしている。またホール東側が全面ガラスなので、四季を自然と感じる事ができる。	各ユニットの居間兼食堂の隣に和室があり、洗濯ものを畳んだり、利用者同士がくつろいだりしている。空気清浄機や冬季は加湿器や居室に濡れタオルを置き湿度管理に配慮している。中庭に東屋がありバーベキューの際に使用している。自動販売機を設置して、利用者が好みの飲料を購入できるよう、職員が支援している。	
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	利用者同士廊下側に置いてある椅子に座り何気ない会話等楽しんでおられる。またテレビ等観賞したりするときにはいつも食事の際座っている椅子に座り、綾小路きみまろ漫談や美空ひばり等の歌謡曲DVD鑑賞している		
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	入居開始時になるべく本人がなじみで使用していた家具や箸、湯のみなど用意していただけるよう支援している。	全室が畳敷きになっている。入り口には表札を掲げ、利用者が自分の部屋がわかりやすい工夫をしている。それぞれに仏壇や机などを持ち込み、その人らしい部屋作りを支援している。	
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	利用者一人ひとりの習慣や好み、できる力を見極め「できること」をできるようにしている。例として洗濯たたみ、食器拭き、献立書きなどである。		

（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　令和元年１２月１７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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	夜間や地震、水害を想定した避難訓練を年３回実施している。反省会を行い、課題について話し合っているが次回の訓練につなげるまでに至っていいない。	反省点を次回の目標に掲げるとともにチェック項目にするなど見やすい書類作成をする。	実施要項に前回の反省点を記載し、報告書においても実施できたかどうかのチェック項目を設ける。	6ケ月
2					ケ月
3					ケ月
4					ケ月
5					ケ月

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。