

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	0895500015		
法人名	有限会社 さくらの里		
事業所名	グループホーム さくらの里		
所在地	茨城県つくばみらい市福岡2997-1		
自己評価作成日	平成26年9月15日	評価結果市町村受理日	平成27年4月15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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0895500015-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年11月7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)】

あたりまえの生活を大切に…、気を使わずに、わがままが出来る。そんな家庭的なホームを目指す。
 <その人らしさ>生活様式、習慣、生活のリズム、表情や姿勢、体の動きやしぐさの中で「その人らしい」姿を見つけ支援していきます。<暮らしの中の自分の力の発揮>以前の職業や家庭で慣れ親しんだ作業など持っている力を見出し、その力を日々の生活の中で生かせるようにします。<健康・安全>日々の健康管理や安全に配慮し、安心して生活できる環境を提供します。<散歩>自然にふれあい、季節感の持てる暮らしができるようにします。<歌・>日々の中に昔なじんだ童謡・民謡等を生活の中に取り入れていきます。<なじみの暮らし>ご入居様同士、職員、ご家族、地域の人達とのつながりや、明るく楽しい雰囲気大切に、穏やかな暮らしを支えています。

【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)】

主要道路から少し中に入り、自然豊かな畑が広がる立地にあり、ホームの窓からは、茨城百景の一つである福岡堰桜並木が見える。デイサービスが隣接しており、広大な敷地には、四季の野菜の収穫や花々が咲き落ち着いた雰囲気が感じられる。開設10年を迎え、利用者ひとりひとりが、その人らしく暮らせるように日々支援に繋げている様子が伺われる。

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)	<input type="radio"/> 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ます (参考項目:9,10,19)
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)	<input type="radio"/> 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)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 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)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (参考項目:30,31)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 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
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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない		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

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	理念は、事務所・各ユニット・休憩室に掲示しており、いつでも目を通せるようになっている。日々の業務やカンファレンスで共有できるように取り組んでいる。	理念を確認しやすい場所に掲示している。日々のカンファレンス時に、理念を共有し周知している。	
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	自治会・老人会等には入会していないが、近隣の中学校の生徒を職場体験として受け入れたり、また小学校の運動会の見学、神社の祭りや盆踊りに参加している。	定期的に、踊りや大正琴、傾聴ボランティアの介入がある。中学生の体験学習の受け入れを行っている。	
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	地域の方たちが来所したり、相談があったりした際には積極的に関わっているが、勉強会は実施していない。また、ボランティア等を通じて交流は図っている。		
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践、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	運営会議を開催した際には、近況や取り組みなどを知っていただき意見をいただいている。その意見を基にサービスの向上に生かしている。	定期的に年6回の推進会議を行い、行政、地域との連絡調整を行っている。また、推進会議と家族会を同時に行うなどの工夫をし、情報交換に繋げている。	
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	介護保険課、社会福祉課の生保担当者と連絡を取り、情報を共有し、ケアサービスの向上に努めている。ケアマネージャー研修会や情報交換会に参加し連携を深めている。	地域密着連絡協議会に参加し、学習会や火災、震災などの情報交換を行っている。行政と連携しサービスに取り組んでいる。	
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	身体拘束防止に関わるマニュアルは職員がいつでも見られるようになっている。身体拘束のマニュアルを基に不定期に勉強会を開いている。現在は玄関の鍵を施錠している状態だが、開錠できるよう取り組んでいる。	身体拘束を行わないケアについて、日々検討し支援に繋げている。玄関の施錠を行っているが、日々工夫を行い支援に繋げている。	
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	虐待の事例はない。 今後、虐待防止法を学ぶ機会を作っていく、全職員で定期的に勉強会を開いていきたい。		

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	成年後見人制度を利用している利用者はいるが、職員個々の勉強会は開催していない。		
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	入居時に契約書及び重要事項説明書を家族に書面と口頭にて説明を行い、疑問点等は、その都度説明し、理解を得ている。		
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意見や要望を運営に反映させるように努めている。事業所便りを季節ごとに作り、家族に利用者の日常生活の様子を伝えている。利用者からでた意見・苦情は職員間で話し合う。	食事についての要望が多く聞かれ、意見を反映している。家族の意見は、面会時や会計時などに聞く機会を作り反映している。	
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	日々のコミュニケーションを通して、各職員からの意見を聴くようにしている。	年1～2回の研修会や勉強会を行い情報共有している。また、日々のカンファレンス時に、利用者の情報を共有している。	スタッフ間の業務や利用者、イベントなど日々の話し合いや意見交換の共有の場について検討して頂きたい。また、管理者、経営者との定期的な面談などについても検討して頂きたい。
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	各職員の實力・実績に見合った給与体系が整っているとは言い難いが、全体的な状況をかんがみて職場環境・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	やる気のある職員が定着しつつあり、法人内行事等もまとまりがよく、協力的で活気がみられる。 また、小さな成功体験を経験しながら、ケアのレベルが上がっている。		
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	つくばみらい市のグループホーム連絡会・ケアマネ会に参加する事で相互の交流を図っている。		

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
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	利用者本人の面接時には、十分時間をとり、本人の不安な事や要望等を聞き取るようにしている。密にコミュニケーションを図ることで、本人の要望を把握し対応している。		
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	入居前の実調時に家族とは十分に話し合いの時間を設け、家族の不安な点や疑問点を説明している。		
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	本人・家族との面接を通して必要としている支援を把握し、必要に応じ本人の状態に合ったサービスを紹介している。		
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	入居者のできる能力を維持できるような支援、例えば食器拭き・洗濯物たたみ・調理等を職員と協力して行っている。		
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	入居者が不穏状態の時は、家族に状態を説明し、家族の意見を聞き、相談し、また、体調を崩したり、怪我をした場合などは、その都度家族に連絡して、詳しい状況を説明している。		
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	施設に入居する事で関係が途切れてしまい継続が難しい。が、家族や馴染みの方の協力を得て、電話をかけたたり、家族に面会に来てもらったり、また、家族と外出を促すように支援している。	遠方への外出外泊、お墓詣りに出掛けている。友人の面会が定期的に行われている。	
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	テーブル席の座席に配慮し、入居者同士の話がはずむように配慮し、日々の仕事の手伝いやレクリエーション、行事等を通して入居者同士がお互いに関わりをもてるように支援している。		

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	契約終了後も本人及び家族から相談があれば、本人や家族に必要なサービスの提案等を行っている。		
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	生活歴や趣味を把握し対応している。本人の訴えもその都度コミュニケーションを取り、表情やジェスチャー等で意向を把握し、本人本位のケアを行っている。	その人らしく過ごして頂くために、利用開始時に生活習慣や趣味、要望を聞き支援に繋げている。また、日々の暮らしの中からも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	入居前の面接時に入居者本人や家族から、これまでの生活歴・生活環境・趣味等の聞き取りを行い、入居後も入居前と変わらぬ馴染みの暮らしの継続ができるように配慮している。		
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	ケース記録に日々の過ごし方の記録を取り、また、カンファレンスを開き職員が情報を共有し、24時間の過ごし方の流れを把握し、個々人の心身状態、有する力の変化の把握に努めている。		
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	介護計画は利用開始時に得た情報・利用者・家族等の意見を取り入れて作成し、モニタリングを行い、利用者の心身の状況変化に応じ、現状に即した介護計画を作成し、本人、家族の確認をもらっている。	ケアマネが日々の記録やスタッフから情報を聞き、6か月また随時見直しをし計画を立案している。モニタリング用紙は、ホーム独自の物を作成し使用している。	
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	ケース記録に日々の状態や過ごし方の記録をし、カンファレンスを開き職員が情報を共有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	身元引受人が高齢な場合や、遠方に居住している場合は、社団法人に身元引受人を依頼したり、成年後見人制度を利用し対応している。		

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	入居者一人ひとりが地域資源を把握できているとはいえないが、地域の祭りや役所主催の音楽会等に参加し、楽しんでいる。ボランティアの慰問を利用している。今後も必要に応じて各所との連携を図っていきたい。			
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	利用者や家族の希望に沿って、かかりつけ医への受診を支援している。協力医院から2週間に1度往診してもらい適切な医療を受けられるようにしている。歯科往診は毎週1回ある。	訪問医が定期的に往診にきている。歯科医が毎週訪問し、口腔ケアの指導を受け、食物残渣による誤嚥の予防に努めている。また、毎食後にイソジン消毒液によるうがいを行っている。家族からの要望により、かかりつけ医への受診支援を行っている。		
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	提携先の医療機関の看護師と連携を取りながら、入居者の看護や受診を行っている。(24時間対応してくれる)			
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。	入院時は介護サマリーを入院先の病院に提出し、入所者の情報提供を行っている。また、受診時も受信先病院に書面にて情報を提供している。入院時は、入院先病院に訪問し、担当医や看護師から病状の情報を収集している。			
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	現在、介護度の低い段階での入所の方が多く、利用者家族から重度化した場合の相談や看取りの要望が無いので、延命治療についての同意は得ていない。重度化した場合や終末期のあり方について、家族と相談を行い、今後の対処法を検討している。	要望にあわせて、その都度訪問医や訪問看護師との連絡調整を家族との同意書で確認しながら行っている。		
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	緊急時の対応マニュアルを準備し、職員が常時確認できるようになっている。また、職員も普通救命講習を消防署にて受けている。が、定期的訓練は行えておらず、実践力を身に付けているとはいえない。			
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	緊急連絡網及び災害対応マニュアルを作成し、年2回避難訓練を実施している。地域との協力体制も隣接するコンビニとの連携体制をとっており、経営者も近くに居住しており、緊急時には近隣の協力を得られる。	年2回の日中想定避難訓練を行っている。震災後にマニュアルを見直し、連絡網や備蓄、備品について話し合っている。スタッフ間や利用者家族との連絡方法や災害ダイヤルの登録について検討していく。		

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	トイレ誘導や入浴はできる限り同性職員が対応するようにしている。ドアやカーテンで仕切り、プライバシーを保護。個人情報に関する書類は事務所で保管。職員以外は閲覧できない。	日々のトイレや入浴時の声掛け時に、プライバシーへの配慮をしている。重要事項書類の苦情解決者の追加記載を検討していく。	
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	日々コミュニケーションを図りながら、自己決定を尊重し、その人らしい生活が送れるように支援している。朝や入浴時の洋服を本人が選ぶことの支援をしている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、流れにしばられる事無く、入居者の声を大事にしている。本人の意思による静養(昼寝)や個人ワーク等も自由に行えている。		
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	入居者個人の好みや季節に応じた服装を心がけているが、体温調節が難しくなっている入居者もおり重ね着も目立つ。季節や天候の説明をし、本人の意思で調節するようにしている。理容は出張散髪を利用している。		
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	施設で畑を所有しており、旬の野菜を食材としてメニューを作成し提供している。入居者の能力や興味合わせて食事作りや食後の食器拭きを職員とともにやっている。嚥下能力にあわせた工夫(刻み等)もしている。	献立は、スタッフが交代で利用者の要望を組み込みながら作っている。また、買い物にも利用者が同行している。手作りおやつや誕生日ケーキを作り楽しむ機会を支援している。またお弁当を作り、公園に散歩に出かけている。	食事内容の工夫はされているが、利用者一人一人にあわせた食器の使用についても検討して頂きたい。
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	各入居者の身体状況に応じた食事形態で食事を提供している。(量・常食・刻み・超刻み・粥・ペースト等) 水分量も一日に必要な水分量を、各入居者に応じて提供している。		
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	毎食後、各入居者の口腔形態(身体状況含む)にあわせ、歯ブラシ・ガーゼ・口腔専用ブラシ等を各個人に合わせて使用している。 10時と3時は、イソジンうがい薬でうがいの声掛け、介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を記入し、排泄パターンを把握し、声掛け又は、誘導を行い、トイレ排泄を支援している。高齢に伴い、尿漏れもみられリハビリパンツ・パット使用も多くなっている。		
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	毎朝ラジオ体操を行い、レクリエーションにリハビリ体操を取り入れ、毎日体を動かすよう配慮している。 かかりつけ医に個人の状態に合った下剤の処方を受け、排便コントロールを行っている。		
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	入浴は日曜日以外行っている。 入浴が嫌いな入居者にもタイミングや言葉かけの方法を工夫するなどし、入浴ができるようにしている。入浴ができない時は、足浴・清拭を行っている。		
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	入居者の身体状況やリズムに合わせて日中でも居室で休息したりし、柔軟に対応している。		
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	職員により薬剤に対しての理解はばらつきはあるが、薬の変更等があった場合は日常生活の観察とDr.への報告はできている。服薬介助は薬の袋の名前と本人であることを確認し誤薬の無いようにしている。		
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	やりたいことや興味等を本人よりの聞き取りにより、洗濯物たみ、調理、食器拭き、炊飯器のスイッチ入れ等本人の力に合わせた役割を設定している。散歩や夕食の買い物職員と一緒にするよう配慮している。		
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	季節により散歩を実施したり、地域行事に参加、隣接するサービスとの交流をしている。家族の協力を得ながら、お墓参りや夕食等に外出できるよう支援はしているが、家族の高齢化と利用者の重度化もあり、徐々に外出頻度が減ってきている。	地域のお祭りや盆踊り、四季に合わせた散歩に出かけている。隣接するサービスとの合流し、散歩や外出している。	利用者の重度化やスタッフの異動により、日常的な外出が減少している状況が伺われる。利用者一人一人に合わせた支援について検討して頂きたい。

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	金品はトラブル防止のため職員が管理しているが、入居者の希望によりスーパーやコンビニに出かけ買い物を行っている。		
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	家族や知人からの電話は本人に取り次いでいる。公衆電話は設置してないが、事務所から電話をかけることも自由にできる。		
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	施設内の清掃は毎日職員が行っている。カーテンは遮光カーテンを使用し、静養時等に光による不快や混乱を招かないようにし、温度管理も四季に応じてエアコンを使用し、適温を保つようにしている。	天井が高く、木造の明るく落ち着いた空間作りがされている。四季折々の掲示物より利用者が楽しく過ごしている様子が伺われる。	
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	共有空間にテーブルやソファを配置し、入居者が思い思いの場所で過ごせるように配慮している。		
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	自宅で使用していた家具や仏壇及び寝具を持ち込んでもらい、入居後も以前の生活に近い状態で過ごせるよう配慮している。家族と本人の希望や転落予防で、畳式に利用する事もできる。	馴染みの家具やテレビ、仏壇、家族写真を置くなどその人らしく生活している様子が伺われる。	
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	ユニット内や居室に手すりを配置し、安全に移動できるように配慮している。また、居室入口に各入居者の名札をつけ、居室が分からなくなる方の入り口には目印をつけている。トイレはわかりやすいようにドアに目立つシールを貼っている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム さくらの里

作成日:平成27年4月15日

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	11	スタッフ間の業務や利用者の事、イベント等日々の話し合いや意見交換の場が少ない	定期的な話し合いの場を設ける。また、経営者との面談の場を設ける。	業務に差し支えない範囲で会議の場を設ける(1~2ヶ月の間に1回程度) 経営者との面談が出来るよう話を進める(年1回程度)	6ヶ月
2	40	食事の際、利用者1人1人に合わせた食器の使用に疑問がある	その人その人に合わせた食器の提供ができるようにする	食器やスプーン、箸を利用者個人に合わせた物に変えていく	3ヶ月
3	49	利用者の重度化により外出の頻度が減っている	施設全体の外出だけでなく、個人個人で外出できるようにする	足腰のしっかりしている方は買い物や散歩に出かける。全員で外出することは難しいので、数人単位で外出する機会を設ける	3ヶ月
4					ヶ月
5					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。