

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2072300268		
法人名	社会福祉法人共立福祉会		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	長野県諏訪郡下諏訪町東町中1-556-1		
自己評価作成日	平成29年8月25日	評価結果市町村受理日	

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsvakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2072300268
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マズネットワーク
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成29年10月27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)】

グループホームさくらの理念のもと、利用者様が家庭的な雰囲気の中で、ゆったりのんびり穏やかに過ごせるよう、利用者様第一で介護にあたっている。看取りも行っており、最期まで安心して生活できるよう職員一同協力している。
見学希望があればいつでも受け入れている。ご家族様はいつでも面会でき、来所時には利用者様と直接お話していただいたり、その時の状況等を職員が伝えたりしている。なかなか来所できないご家族様には、お手紙や電話で連絡するように努めている。
立地的には、高台にあり、諏訪湖や市街地が一望でき、春には桜並木が大変美しく、四季が感じられる景色の良い場所である。

【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)】

「グループホームさくら」は高台の市街地、諏訪湖や諏訪市街地が一望できる日当たりと見晴らしの良い高台に設置されており、春は桜並木、夏は諏訪湖の花火等より四季感や生活感が得られる好環境の中で利用者は地域や自然に触れ合いながら、ゆったり、のんびり安心して穏やかに過ごされている。管理者は職員の専門性や資質の確保・向上に向け、母体法人が設営されている研修会参加や外部研修参加等育成の仕組みの確立に努めている。職員は大変明るく、利用者一人ひとりの好みや個性を周知して会話の中に活かされ利用者の会話が弾み楽しく過ごされている。利用者やご家族が気がかりにされている終末期の看取り対応については「看取りケア指針」や「看取りケアについての同意書」を作成し、ご家族の意思確認が行われている。看取りに際し看護師の資格を持ち合わせたケアマネージャーが的確な支援に当たっており、利用者、ご家族の気持ちに沿った看取り支援が行われている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名()		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ほとんど揃っていない	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)	○	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、活き活きと働いている。 (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している。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	「地域の中でゆったりのんびり気軽に過ごせるわが家」を理念に、スタッフルームに掲示し、職員の目がいとも届くようにしている	母体「民医連の介護・福祉の理念」を基盤としつつ「グループホームさくら」独自の理念を作成されている。理念を日々の指針に具体化した内容で職員に伝えている。職員が見やすい場所への掲示や職員との対話の中で話し合い共有を図りケアサービスにつなげている。	
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人として日常的に交流している。	冬の雪かきは、朝6時から出て協力している。見学はいつでもできるようにしている。行事は、ご近所にお便りを配布して参加を呼び掛けているが、今までどなたの参加もいただけていない。	昨年に継続して傾聴ボランティア(週1回)、こんにちワニさん(月1回)や介護相談員の訪門(月1回)、地域へ出かけ各種イベント(文化祭、演奏会、作品展、菊花展等)に出かけ地域の方々との交流に努めている。また事業所の専門性を活かし、介護教室の講師やキャラバンメイトとして地域からの要請時には参加されている。	
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。	講師として呼ばれて学習会に行った。キャラバンメイトで必要とされたときは参加している。		
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。	利用者様の動向に変化があれば必ず報告している。(発行新聞も配布) 運営推進委員より意見があればスタッフ会議や朝会等で報告し検討している	運営推進会議には、利用者代表、利用者ご家族、町内会長、民生委員、広域連合会介護保険課職員、通いサービスはるかぜ等、幅広い立場の方々が参加されている。事業所より事業所概要、利用者状況、職員の状況、職員研修の受講、実施状況等、取組を伝え参加者より意見を頂きサービスの質の確保を図られている。	
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。	運営推進会議や書類提出時などに情報をいただいている	利用者事業所利用に当たり、直面している課題について町村担当者と協議しながら一緒に解決を図られている。また昨年に続き行政の参加を得て地域ケア会議を実施して課題解決を図っていく取り組みが行われている。	
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。	傷等の悪化を防ぐため等、どうしても必要な場合は、ご家族様と相談し了承を得て、スタッフ会議等でも検討し、行っている。	身体拘束については県社協で実施された研修やスタッフ会議の折に勉強会を実施し、職員の共有認識を図られている。緊急やむを得ない状況により身体拘束を行う場合には、「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」を作成してご家族より確認書類を頂くなどの取り組みが行われている。	
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。	スタッフ会議等で話し合っている		

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。	必要となりそうな場合は、役場、地域包括支援センター等関係者と、いつでも連絡を取り対応できるようにしている。		
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。	契約時にご家族様を訪ね、説明している。疑問があればその都度説明を行う。		
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。	管理者、職員へは面会時、ケアプラン時等にお話している。外部評価時のアンケートでも機会を設けている。	日頃の関わりの中で利用者の言葉や態度から意見や思いの把握に努めている。また介護相談員(月1回)の訪問を受け入れなど、利用者が外部へ意見や思いを表せる機会を設けている。ご家族が運営推進会議、家族会に参加の折や面会時にご家族と面談し意見を聴き取り運営に反映されている。	
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。	経営協議会や、個人面談、日常会話の中で活かせるようなことは言い、検討している。	日頃の会話の中や職員会議、勉強会の折に意見や提案が出され、実践に活かして質の向上につながる取組が行われている。代表者、管理者による職員の意見や提案を聞く機会(年1~2回)の職員個別面談を設け反映されている。	
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。	その人が持っている能力を引き出せるように努めている。		
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。	民医連の研修に参加したり、研修希望があれば日程を調整したりしている。が、現在人手不足でなかなか希望通りにできないこともある。		
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。	介護ウェブ(全国組織の機能団体)やグループホーム交流会等に参加したりしている。		

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。	利用者様の表情や行動等から意思をくみとったり、向き合って話すようにしている。話をよく聞くようにしている。		
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。	入所時や、ご家族様が来所した時、施設の行事時、何か変化があった時等、できる限り直接お話をするようにしている。		
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。	入所以前にサービスを受けていた施設や関係者より情報を提供していただき、対応するようにしている。		
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。	食事作り、洗濯物をたたむ等、利用者様のできることはしていただくよう援助している。		
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。	ご家族様の要望を聞き、利用者様の身体状況や施設の様子等をお便りや2か月に1度の新聞を作成したりしてお伝えしている。外出、来訪の協力も得ている。		
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。	施設行事にご友人が来ることもある。馴染みの人や場所も、利用者様がパニックになる可能性もあるので様子を見ながら支援している。	事業所では利用者の訪問を歓迎されており、近隣の知り合いの方が訪問していただき楽しく過ごされている。散歩時に地域のイベント会場へ立ち寄り馴染みの方々とお茶を頂きながらの会話を楽しみにされている。また実家に立ち寄られるなど心配りをした支援が行われている。	
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。	利用者様が安心してその場(ホール)で会話や助け合いができるよう努めている。		

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。	退所時にはいつでも相談支援できる旨伝えている。ご家族様の要望があれば応えるようにしている。		
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。	利用者様との会話の中で把握するよう努めている。スタッフ会議や日誌で、伝えるようにしている。	利用者との会話の中で思いの把握に努めるとともに、利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日々の行動や表情から汲み取り把握に努めている。日頃利用者から得られる「つぶやき」を介護日誌に記載して共有されている。	
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。	利用者様との日常会話やご家族様の話などから情報収集し、利用者様の生活が極端に変化しないよう努めている。		
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。	表情や、日常生活から利用者様のできることを見極め、現状に合わせた対応をしている		
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。	1年に2度ケアプランの説明を行ってご家族様からのご意見等を聞いたりしている。変化があった時は電話でも相談する。毎月のスタッフ会議で状況報告や検討をしている。	日頃の関わりの中で利用者やご家族の思いや意向の把握に努め、関係者の気付きや意見を聞き取り利用者本位の計画を作成している。利用者に変化が見られたおりに、スタッフ会議で話し合い現状に即した介護計画の見直しが行われている。	
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	日誌に記録し、その日不在の職員が次の日見るよう促したり、朝会、スタッフ会議等で報告、検討したりしている。		
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。	ご利用者様やご家族様の状況に応じ、対応・支援をおこなっている。		

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
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。	ボランティアによる多様な行事(オーケストラ、歌等)を取り入れたり、外食や、お弁当を摂る等楽しんでもらえるよう支援している。		
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。	利用者様、ご家族様のご希望で、協力医療機関以外のかかりつけ医だった場合も対応している。定期受診を行い、かかりつけ医に情報提供をしている。	利用者、ご家族が希望されているかかりつけ医での受診が行われている。現在全員の利用者が協力医による受診となっており、健康診断や訪問診療が実施されている。かかりつけ医の精神科医に受診(定期的)される際はご家族対応となっており、受診時利用者の情報提供が行われている。	
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。	普段と違う様子が見られたらすぐ診療所に相談している。24時間対応。		
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。	入退院時には確実にサマリー交換している。入院中のご家族様への説明や、退院前のカンファレンスには必ず同席している。		
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。	ご家族様には早い段階で状況を説明し、看取り指針をもとに看取りまでの対応を共有している。	事業所では「看取りケア指針」や「看取りケアについての同意書」を作成し、ご家族には早期から話し合いの機会を作り、関係者全体の方針の統一を図り看取りまでの対応を共有しチームで支援に取り組まれている。ケアマネージャーが看護師の資格を持ち合わせ、的確な支援に当たられており、職員、ご家族の大きな安心につながっている。	
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。	応急手当、救命講習を受けている。定期的には行えていないので、実践力には不安が残る。		
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。	年2回の避難、防災訓練を行っている(夜間想定も含めた)隣の高齢者施設とも協定を結び、有事にはお互い協力できるようにしている。	消防計画作成(変更)届出書等を作成し、消防署の協力を経て、昼夜想定しての防災訓練を年2回実施されている。実施後消防署より講評を頂き改善に努めている。なお隣接の高齢者施設との防災協定が結ばれており有事の際の協力体制が構築されている。備蓄食品を用意し試食もされている。	

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。	家庭的な雰囲気の中で・・・ということで、馴染みな言葉を使ってしまうこともあるが人生の先輩として失礼のないようにと心掛けている	接遇に関する研修会への参加や学習会を持ち利用者の誇りを傷つけない、プライバシーを損ねるものになっていないか、日常的な確認に努め事業所全体で取り組まれている。	
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	買物や散歩など利用者様のご希望を聞くよう心掛けている。		
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。	現在、介護度が重度になっている利用者様が多く、全員に対してご希望通りの支援ができていないかは何とも言い難い。		
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。	外出時にはお出かけ用の支度をしますが利用者様によって枚数の少ない方がいるので個人差が出てしまう場合がある。		
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。	普段や誕生日の時には食べたいものを聞いて提供している。片付けは身体状況にもよるが利用できる利用者様には一緒にお手伝いをしていただいている	スーパーへ食材の買い出し、調理一連の作業(盛り付け、配膳、食事後片付け等)を利用者の力を活かしながら職員と一緒に進めている。食事は単に食欲や栄養をもたらすだけでなく、その人に喜びや楽しみをもたらすことを周知して、旬の食材等を探り入れた行事食や希望食などを提供されている。利用者と職員が同じ食卓を囲んでコミュニケーションをとりながら同じものを楽しく食されている。	
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。	夏場はイオンゼリーを提供し、汁物も多めに摂れる様工夫して調理している。飲み込みの難しい利用者様の場合はお声かけて介助している。		
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に、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、利用者様の能力に応じてできることはやっていただき、その後職員が介助している。		

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。	声かけをしてトイレ誘導を行い、なるべく利用者様の排泄パターンに合わせるようにしている。	排泄チェック表を活用し、排泄パターンを把握して利用者の生活リズムにそった、さりげない支援に努めている。	
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。	水分を多めに摂ったり、繊維質の食材を使用して調理をしたり、服薬で調節している。		
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。	曜日は決めてしまっているが、もしその日に入浴が好きな場合は無理には勧めないが、利用者様は入浴が好きなのでゆっくり入っていただけるよう支援している。	週2回の入浴支援が行われている。汗をかく夏場は週3回の入浴支援にあられるなど、利用者の状況に応じその都度配慮されている。時には季節風呂(ゆず、りんご、桜湯等)を用意して楽しむことのできる入浴支援に努めている。	
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。	なるべく1日の生活サイクルに沿って生活していただいているが、身体状況に応じて休んでいただいたりしている		
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。	処方された薬については申し送りがあり、2人の職員目で確認しあい、服薬後の変化があれば診療所に確認し、他の職員がわかるように日誌に記入し申し送りしている		
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。	やりたいことを聞くようにしている。気分転換に散歩・ドライブをしたりしている。昔の話をしたり、聞いたりしている。		
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。	利用者様の高齢化や身体状況の重度化で人手が足りず、「その日」の希望は難しいが、ご家族の協力で外出に出かけたり、散歩したりしている	利用者様の高齢化に伴う身体機能の低下に配慮した支援に努めている。散歩や買い物、季節のはなを探しての花見(藤、つつじ、すいせん、八重桜等)、作品展、演奏会見学、ご家族の協力を得ての外出(寿司)など、法人施設の車や職員の車を利用してドライブで出かけられるよう支援されている。	

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
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。	お金は施設で管理している ご希望があればご家族または職員と買物できるようにしている		
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。	ご希望があれば電話をかけていただいたり、取り次いだりしている。		
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。	きれいに掃除し、換気をよくするようにしているが、廊下やホールが狭いので窮屈さを感じる。	居間は採光が良く暖かく、窓外より諏訪湖や諏訪市街地が眺望でき馴染みの景色が利用者にとって安心につながっている。台所より調理の匂いが漂うなど家庭的な雰囲気の中、生活感や季節感を得ながら利用者は大変明るく楽しく過ごされている。手作りの「つるし雛」より温もりが感じられる。	
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。	狭いのでなかなか居場所ができないが、部屋は個室なので、いつでも居室で過ごせるようにしている。		
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。	入居の際、使い慣れた(見慣れた)タンスや布団などを持ち込めるようにしている。	利用者の中には使い慣れた馴染みの物を持ち込まれその人らしい居室づくりをされている。入居間もない利用者も数名おり居室が殺風景に感じられる居室が見られた。	居室の環境づくりは、自宅との違いによる不安やダメージを最小にするために、今後利用者、ご家族と相談しながら使い慣れた馴染みの物を持ち込み利用者一人ひとりに応じた工夫をされることが求められる。
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。	居室ドアは名札を貼り、トイレやお風呂は案内表示をしている。階段、エレベーターがあり、身体状況に応じて居室の場所を考えている		

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	54	外部の方から見て、居室が殺風景と感じられた	その人らしい居室づくりをする	利用者様とご家族とお話し、ご家族の事情もくみ取りながら利用者様らしい居室づくりをしていく	6ヶ月
2	35	災害対策で、隣接の特養様とは協定を結んでいる。しかし、地域住民の方々も高齢の方が多くなり、若い方は昼間は仕事で留守となる。施設の有事の際に協力をいただけるのかが心配	地域住民の方のご協力を得られるよう連携を図る	運営推進会議等で地域の代表者とお話をする 隣接の特養様には引き続きご協力をお願いをする 避難訓練をしっかり行う	12ヶ月
3					
4					
5					

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。