

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	0871100228		
法人名	有限会社 豊玉		
事業所名	グループホーム さくらんぼ		
所在地	常総市豊岡町乙3587		
自己評価作成日	令和 2年 7月 24日	評価結果市町村受理日	令和 2年 10月 22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)】

事業継続のため介護職員の確保。
事業所の存在及び自宅での生活が困難になった方が、安心して穏やかに生活していただける場所であること。

※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/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&igvosvoCd=0871100228-00&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2年9月18日		

代表者は月1回「モンカフェ」と称する、全職員を対象に個人面談を実施して、意見や要望、悩みを聴き入れ運営に反映するなど、職員が働きやすい職場環境づくりに努めている。管理者は職員と日頃からコミュニケーションを図り、何でも話せる関係を築くとともに、職員同士も信頼関係を築いている。代表者は、毎日利用者家族の自宅や地域住民宅を訪問し、意見や実態を聴いたり、事業所の取り組みを説明するなど、事業所をよりよいホームにするよう常に心がけている。職員は利用者を家庭的な雰囲気の中で行動を制限することなく、安心、安全、穏やかに暮らせるよう見守っている。

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

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る (参考項目:9,10,19)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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 (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らせている (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

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	全職員、全力で連携しいかなる場合も拘束しないことを共有している。介護技術向上を目指し二ヶ月毎に研修をかねた会議を行っている。そして、地域において必要とされる存在になれることを目指している。	職員の意見を聴きながら館長が作成しているが、職員が理念を意識するには文章が長く覚えにくい物になっている。	もう一度代表者、管理者、職員で話し合っ、事業所独自の理念を作成することを期待する。
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	継続していることとして、地域の皆様が制作した絵画や写真・版画・絵手紙の会の皆様との交流や民生委員の方の協力もいただきながら相談等にも関わっている。	地域住民が制作した絵画や写真等を事業所に掲示しに訪れた時に利用者と交流をしている。地域の方を対象に認知症の相談を行っている。地域のよさこいボランティアを受け入れて交流を行っている。	
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	ホームページ及びチラシ等で認知症の症状や対応のアドバイス等を伝えている。		
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	元介護福祉課長の方や元民生委員会長の方や人生の先輩の方々からのアドバイス等をもとに報告や話し合いを行い、意見交換をし現場でのサービス向上のつなげている。	家族等の代表や市職員、地域住民等が参加して定期的に行われている。委員からの意見で感染症対策を実践している。	
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取り組んでいる	介護保険法の法令遵守を基本に市役所の方に指導いただきながら、その都度こまめに相談にのっていただいている。	運営推進会議時に情報交換をしたり、電話や直接市役所に出向いて相談等を行っている。生活保護受給者がおり、担当者が年2回状況確認に来訪している。	
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	身体拘束禁止の基準をもとに身体拘束をしない事を前提に運営推進会議で職員への周知をするとともに利用者のサービス提供をしている。	身体拘束適正化の指針を作成し、身体拘束適正化検討委員会を開催するまでには至っていない。	身体拘束適正化の指針を作成するとともに、身体拘束適正化検討委員会を年3回以上開催することを期待する。
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	高齢者虐待防止法関連法について行政の指導等をもとに利用者様に対して常に人生の先輩として尊厳の心もち～様、～です、～ますの言葉遣いで上から目線の言葉を防止している。		

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
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	成年後見制度については地域の司法書士様等の交流を機に知識及び体験談等をいただき、必要となった場合活用できるよう心がけている。		
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	利用開始にあたり契約書を取り交わすとともに、疑問点を訪ね十分な説明を行い理解・納得をいただける様にしている。		
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	運営に関する情報をチラシ等で発信するするとともに、毎月お支払いの時などに不安や分からないことなど、家族の要望や地域からの情報・意見を参考に運営している。	運営に関する事業所の情報をチラシで発信し、意見や要望を受け付けている。毎月の支払時に家族から意見や要望を聴いている。代表者は毎日利用者家族の家庭訪問を行い意見を聴いている	
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	「モンカフェ」と称して月一回、全職員と個人面談を行い運営に反映させている。	代表者は毎月「モンカフェ」と称して全職員と面談を行っている。職員から休暇の調整をして欲しいとの要望を受け、実行した。	
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	職員の得意・不得意を把握し役割分担をし生き生きとした職場を目指している。		
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	職員の資質向上の一環としてとして会議での報告や学んだことの伝達指導を行っている。		
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	あらゆる同業者の情報をもとに資質向上を図るとともに情報の提供をしている。		

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	一人ひとりとの人生歴や背景をみずえたサービスを心がけている。		
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	こちらでの会話や行動から得た情報をもとにご家族様からの情報に耳を傾けてご家族様にも寄り添った思いを心がけている。		
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	日々変わりゆく利用者様の状態に合わせて対応している。		
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	利用者様の出来ること、やりたいこと、興味のあることを強要せず日常生活の面でも共に出来ることを共有しながら関係を築いている。		
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	本人とご家族とさくらんぼの連携を大切に共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	とてもたいせつな交流の時間であると考えている。現在はコロナウイルスにより面会などはないが以前のように戻った際は積極的に応じて感謝の気持ちを伝えていく。	入居時や日々の会話や家族等から意見を聞くようにしている。把握した内容は、「申し送りノート」に記載し朝礼で職員が周知できるようにしている。家族等が協力的なため一緒に外出などを行っている。	
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	皆様、個々の性格で家族の様などもよい輪が出来ていると思う。ここで生活しているというのは家族同然なので仲良くやっていけるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	利用者様がなくなられてほとんどのご家族様がここに来れなくなるのが寂しいと言ってください。相談などがある時はTELなどで対応しております。		

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
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	研修などで勉強している職員を中心に会議で話し合い対応策を考えております。	日常の会話や関わりの中から利用者の思いや意向を把握している。利用者の手を握り、その日の体温や仕草、表情から汲み取るように努め、得た情報を話し合っているが、記録に残すまでには至っていない。	知り得た情報を記録に残し、職員間で共有することを期待する。
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	情報収集を大切にしています。それをもとに話し合い対応策を考えております。		
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	日々変わりゆく利用者様の状況を見逃す事なく配慮できる様努めています。		
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	活字に残す大きなものは変化のないものが多いですが、たくさんの意見をもとに行っております。	家族等や本人の意向を基に、医療関係者の意見を聴いて、職員で話し合い作成している。6ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本1年で見直しを行っているが、利用者の状況に変化が生じ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	日々、業務記録をもとに職員間で情報を共有し実践計画を見直しています。		
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	以前デイサービスを利用していた方はグループホームに入所してもデイサービスに戻れるよう声かけや意欲を出しリハビリ体操などにも取り組んでいます。		

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
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	家族や近隣住民のボランティア、絵手紙の加の方や小学生など皆様方の関わりや情報をいただき豊かな暮らしにな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	連携病院からの訪問診療をはじめ本人及びご家族の希望により適切な医療を受けられるよう支援している。	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。協力医療機関の訪問診療が月1回ある。病院とは電話で連絡を取っている。	
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	看護職員はいません。		
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。	入院時には、病院及び事業所間で書面によりサマリーを作成し提供し合っている。		
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、事業所の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	本人・家族の意向に従い病院の医師等の援助、助言等を参考に話し合い、本人・家族の意思を尊重するよう取り組んでいる。	入居時に看取りを行わない事を説明しているが、書面に記載するまでには至っていない。	契約書または重要事項説明書に、重度化や終末期、看取りに関する事業所の対応について明記する事を期待する。
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	急変時のマニュアルに従い訓練等を行い、いざという時の心構えができる様にしている。		
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	日々、災害等のマニュアルに従い毎月1～3日の三日間に避難通報訓練をし意識の高揚を図っている。	夜間想定を含む避難訓練を年2回行っているほか、毎月夜間を想定した「通報、優先順位の確保、連絡網の確認」の自主訓練を行っているが、実施記録と課題の記録が残されるまでには至っていない。	利用者や地域住民も参加する避難訓練を行うとともに、実施記録を作成し、話し合った課題について記載して、次の訓練に活かすことを期待する。

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	常に「接遇」のマニュアルをもとに言葉遣い等を基本に利用者様への尊厳等を重視している。	常に接遇のマニュアルを基に言葉づかいなど利用者への尊厳を重視している。個人情報に関する同意書があり、書類は施錠できる棚に保管して情報漏洩に配慮している。	
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	利用者様の思いや希望を尊重し支援している。		
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、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	利用者様の希望することを受け入れ喜んでいただけるよう支援している。		
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	朝の整容、髭剃り、身だしなみ等に配慮し散髪も好みを取り入れて支援している。		
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	利用者様各々の好み、心身の状態に応じて対応している。一緒に準備や片付けができる・やりたい利用者には参加していただいている。	食材は宅配業者に委託し、職員が利用者の好みや状態に合わせて調理して提供している。2ヶ月に1回誕生会を行い、手作りのケーキなどで祝っている。	
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	利用者各々の心身の状態に合わせて支援している。		
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	利用者各々、毎食事後歯磨き等の口腔ケアを行っている。付き添いの必要な利用者には付き添い支援している。		

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
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	自尊心やプライドに配慮しながら自力で排泄ができるよう利用者各々のパターンを把握し自立にむけた支援を行っている。	排泄チェック表からそれぞれの排泄パターンを把握して適切な声掛けをしてトイレ誘導している。夜間もトイレでの排泄を促している。	
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	便の状態を常に把握し水分接種や体操を促し利用者各々の身体の状態に応じた対応をしている。		
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	入浴日は決まっているが、利用者の希望やタイミングを取り入れ対応している。	入浴は基本週2回午前中としているが、利用者の意向に沿っていつでも入れるよう配慮している。清拭や足浴にも対応し、入浴が楽しみとなるよう季節のゆず湯や入浴剤などを使用している。	
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	職員のペースでする事なく利用者各々の意思行動に従い支援している。		
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	医師の指示に従い利用者各々の心身の状態を観察しつつ服薬支援している。		
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	認知症になっても笑顔で日々過ごせるよう利用者様それぞれの得意とする事や状況を見てレクリエーション等を工夫し楽しい時間を過ごせ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支援している	利用者各々の要望がかなえられるよう家族等と協力しながら支援している。	車の往来が激しい道路に面しているため、日常的に散歩を行うまでには至っていないが、天気の良い時には周辺を散歩するようにしている。家族等が利用者の思いに沿った場所へ連れて行っている。	年間行事計画を立て、外出支援を取り入れる事を期待する。

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
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			
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	利用者本人の要望に合わせて対応している。		
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	利用者の居心地のよい高気密・高断熱・24時間自動換気装置により快適な温度、悪臭のしない構造を提供している。職員は常に床、トイレ等の清掃を頻繁に行っている。季節に合わせた利用者が作った作品等を飾っている。	玄関の入り口にはテーブルと椅子が設置され、来訪者が集う場所になっている。事業所内は掃除が行き届いており、廊下は広く手摺が設置され、壁にはボランティアの方の絵画や写真、版画、絵手紙などが展示されるなど、ゆったりとした落ち着いた空間になっている。食堂兼居間には天窓が設置され、光を取り入れる工夫をしている。	
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	利用者がひとり一人が自由に過ごせるよう配慮支援している。		
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	利用者本人の希望に合わせた空間になれるよう支援している。	居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられているが、自宅で使用していた馴染みの物を持ち込んでもらえるよう働きかけている。利用者はそれぞれ寝具や家族の写真などを持ち込んでいる。	
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	バリアフリー、手すり、照明等配慮した建物構造を提供している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

所名 グループホーム さくらんぼ

作成日 令和 2年 10月 21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り組み内容	目標達成に要する期間
1	6	身体拘束適正化の指針を作成し、身体拘束適正化検討委員会を開催するまでには至っていない。	身体拘束適正化の指針を作成するとともに、身体拘束適正化検討委員会を年3回以上開催する。	年3回以上の身体拘束適正化検討委員会の開催、年2回の研修、身体拘束同意書を作成しご家族に同意を得る。	6 ヶ月
2	35	避難訓練や自主訓練の実施記録と課題の記録が不十分。	利用者や地域住民も参加する避難訓練を行うとともに、実施記録を作成し話し合った課題について記載し次回の訓練に活かす。	地域住民、推進委員の参加を促し、話し合った反省・課題を記載する。	6 ヶ月
3	33	入居時に看取りを行わない事を説明しているが、書面に記載するまでには至っていない。	契約書、重要事項説明書に重度化や終末期、看取りに関する事業所の対応について明記する。	契約書に加えるか書類を作成しご家族に同意を得る。	6 ヶ月
4	23	日常会話や関わりの中から利用者の思いや意向を把握し、得た情報を話し合っているが、記録に残せてない。	知り得た情報を記録に残し、職員間で共有する。	利用者の変化を個人ファイルに記録し残す。	6 ヶ月
5	1	理念の言葉を職員の意見を聴きながら館長が作成しているが、職員が理念を意識するには文章が長く覚えにくい。	館長、管理者、職員で話し合っ、事業所独自の理念を作成する。	長く親しまれた理念に戻し、地域密着に関するものを加える。	3 ヶ月
6	49	車の従来が激しい道路に面しているため散歩を日常的には出来ないが違った形の外出も支援できるとよい。	年間行事計画を立てて、外出支援を取り入れる。	気候の良い時など、ご家族や利用者の思いに沿った場所への外出や館外での活動の年間予定を立てる。	1 ヶ月

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。