

## 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	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25年3月11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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	-----------------------------------------------------------------------

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部
所在地	長野県松本市巾上13-6
訪問調査日	平成25年3月19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)】

身体能力が低下しても、慣れた場所で穏やかに生活できるように援助している(着取りの準備もできている)毎日 ご利用者様の笑顔を引き出せるよう スタッフの持ち味を活かし、明るく家庭的な施設にしている

## 【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)】

グループホームさくらは既存の建物を改修して平成13年に開所している。ホールからは園庭の景色が一望できる高台に位置し、内部は程よい生活空間が確保されており、狭さを感じながら「グループホームさくら」ならではの開放感や雰囲気を持っている。法人の代表者及び管理者と職員が一体となり「気軽に過ごせるわが家」づくりに取り組まれ、その積み重ねの成果が感じられる。入所後の高齢化や重度化等の課題も受け止めながら、地域の一員として、地域の方々との関係づくりを大切に取り組み、利用者や家族が安心して生活できるホームとして徐々に成果を挙げている。グループホームさくらならではの家庭的な生活支援に期待したいホームである。

## 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

ユニット名( )		項目		項目			
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 ↓該当する項目に○印	項目	取り組みの成果 ↓該当する項目に○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	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
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益がたり深まり、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 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	独自の理念を作り、全員で共有し、実践につなげるよう努力している。	2年前に、これまでの理念を見直し、全職員で話し合い、6項目の独自の理念を作り上げて、事業所のあちこちに掲げ、職員間で共有や意識化を図り、日々の支援に繋ぐよう取り組んでいる。	年度の切り替え時でもあり、今一度地域密着型サービスが持つ意義について、及び介護サービスの在り方を、全職員で話し合う機会を持ち、「グループホームさくら」が目指す理念を端的に示していられるよう再検討を希望する。
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	冬場、雪かきなどで協力している。避難訓練実施と共に見学会も行い、当施設の様子をみていただく計画をたてた。	地域の一員として自治会に加入している。ホーム周辺は坂道のため、降雪の多かった今冬は、早朝より職員が地域住民と共に雪かきを何度も行っている。また地域のボランティアの方々の継続的な訪問を大切にしたり、教会等に利用者が出席する等の支援を行い、地域と双方向の交流を持つ努力をしている。	
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	認知症学習会など、地域から要請があれば開催しているが、今年はなかった。		
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	防災について、地域の方から意見が出て少しずつ話が進んでいる。	運営推進会議には利用者及び家族代表・町内会長・民生委員・法人関係者の他、町や諏訪広域連合の担当者等の出席を頂き、概ね3ヵ月毎に開催。委員の方々にまずホームの理解が得られるよう、様々な状況を報告するとともに検討課題について具体的な意見やアドバイスを頂き、今後に反映させている。委員の協力により現在進行中の事業もある。	
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	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。	上記運営推進会議には町の担当者の出席をいただいている。また町の介護相談員の受け入れを毎月行い連携を図っている。さらに諏訪広域連合の担当者より具体的な情報や指導を頂くこともあり、保険者との協力関係を築いている。	

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
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	ご利用者様の身体状況により必要となった時、ご家族と相談したり、スタッフ会議で相談し、検討している。	ホームの構造上、利用者の居室が1階と2階に分かれているため、安全確保のためにドアコールを設置し、夜間のみ使用している。日中は玄関の出入りを含め自由な状態になっている。管理者及び職員はスタッフ会議や事故委員会などでケアの方法を検討し自由な暮らしの支援に努力している。	
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逃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	スタッフ会議やその場その場で注意をしている		
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	今はご利用者様に対象者がいないが、常時対応できる。		
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	契約時にしっかり説明しているその後、不明箇所が出たら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	面会時や、年1回のケアプラン時に意見を聞くようにしている。	家族会はないが、年2回の楽しみ行事にはご家族に参加して頂き交流を図ると共に、来訪時や電話等を通して要望等の把握に努めている。苦情・相談窓口の案内や、玄関に目安箱を設置したり、運営推進会議に利用者及び家族が出席され、苦情や意見を表出する機会とし、出された意見の反映に努めている。	
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	日頃の話の中で活かせるものは上に意見を言っている。	理事長はじめ管理者は、常に職員の身近な相談者となり、職員意見の把握に努めている。毎月のスタッフ会議や委員会活動、法人独自(他事業を含む)の学習会や交流会等の活動の中で、提案等を組織的に挙げて行く仕組みもある。また年1~2回の個別面談もあり、職員意見を反映させている。	

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
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	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	法人内研修、学習会を開いている。		
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	今年度から全国組織の職能団体(介護ウェーブ)に参加し研鑽している。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	初期の段階で日にちをかけ、ご利用者様の声を聴くように取り計らっている。		
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	入所前や契約時、その後も、ご利用者様にとのようにより援助したらよいかを聞いている。また、経済面等の相談も受けている。		
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	以前サービスを受けていた施設、関係者より情報を提供していただき、ご利用者様に合ったサービスを行っている。		

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
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	ご利用者様の残存能力を見極め、また引き出せるような援助を行っている。		
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	ご家族の要望を聞き、近づけるよう努力している。		
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	美容院など、馴染みの場所にお連れしたりしている。 ご友人の訪問も歓迎している。	利用者それぞれの、これまでの生活習慣や馴染みの関係を把握し、美容院や図書館の仲立ちをしたり、敬老会への同行出席等の支援をしている。家族や友人等の人との関係継続や利用者ならではの習慣等の継続支援を大切にしている。	
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	配膳をしてもらったり、困っている時に声かけをもらっている。		
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	ご家族の要望があれば、相談に応じるよう努めている。		
<b>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</b>					
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	センター方式の用紙を使い、意向を取り入れる努力をしている。	「本人の姿と気持ちシート」等のセンター方式のシートを活用し、利用者の思いの把握に取り組んでいる。今年度、日々の記録の内容や記録の方法の見直しを図り、担当制による気づきを基にスタッフ会議での意見交換を通して、思いや意向の把握に努めている。	

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
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	ご家族や、以前受けていたサービスの関係者より情報を提供していただいている。 また、ご利用者様に話を聞き、より生活歴を把握しようと心掛けている。		
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	表情などから、体調の変化や困っている事等を受け止め、声掛け・見守りを行っている。 年々ADLが落ちてきているが、その時に出来ることを見極め、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1度、ご家族にケアプランの説明を行って、その時に、ご家族からのご意見を聞いている。 変化があった場合には、電話などでも相談を行っている。 毎月のスタッフ会議で評価・確認をしている。	毎月のスタッフ会議やサービス担当者会議等で意見交換を行い、家族等の意向を取り入れ、計画作成担当者が計画書に落としている。短期目標達成の設定機関に応じて見直しを行うと共に、利用者の状況に変化があり、必要な時はその都度見直し、現状に即した支援に繋いでいる。	介護計画に対する評価を毎月行い、評価欄に記し、3ヵ月後には定期的な見直しを行い、目標設定や支援の方法等を検討し、目標達成に向けて行くよう、全職員が分かり易いプロセス管理を希望する。
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	日常は連絡帳等を使い、問題の共有や徹底を図っている。 毎月のスタッフ会議では、ご利用者様のケア報告を行い検討、確認している。		
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	ご利用者様の状況に応じ、対応・支援を行っている。		
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	ご利用者様の身体状況の重度化により、外出する機会が減ってしまったが、ボランティアに訪問してもらったりして、室内でも四季を感じられるような行事を行っている。		

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
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	ご家族・本人の希望に合わせ、かかりつけ医の受診を行っている。 ほぼ協力医の定期診察を行っている(緊急時対応も含める)。	利用者・家族の希望するかかりつけ医となっている。看護師資格の職員(ケアマネ)が主となり協力医(定期往診や緊急時)や主治医への情報提供や連携を図っている。家族同行の通院の際も、ホームでの様子を伝えたり受診結果の把握や共有も適切に行われている。	
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	ご利用者様の体調の変化に気づいた時、診療所に連絡し、適切な処置方法など受けている。		
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。	協力医への入院時は、関係ができています。その他の病院の時でも、お見舞いに行ったり、カンファレンスを受けられるよう対応している。		
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	看取りの指針は出来ている。 ご家族にも1年に1度は話をし、ご利用者様・ご家族様にとって良い方向性を見つけ出している。	「看取りケア指針」及び同意書等の整備や医療法人が持つ支援体制が整っている。早期に利用者や家族の意向を把握し、状態に応じて確認しながら、納得できる支援に取り組んでいる。	
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	定期的には行っていないが、救命法の訓練は行っている。		
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	隣接する施設との協定は結べている。 地域との協力方法も少しずつ進んでいる。	消防計画に則り年2回(夜間想定含)の訓練を、消防署員立ち会いの下に避難訓練計画(シナリオ)に沿って実施し、消防署の指導を頂いている。避難時の防災頭巾の用意もあり、隣接する町施設とは災害時の協定を結んでいる。今回運営推進会議を通して、町内会長及び民生委員の立ち会いを頂けたとのことである。	いざという時には、地域の方々の協力は欠かせないため、今回協力や理解を頂いた運営推進会議の委員の力をお借りして、より確かな支援の構築が望まれる。日頃からホームを知ってもらう工夫を行いながら、地域の方々の理解や協力が得られるよう継続的な取り組みを期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ご利用者様にあった声掛けは出来ているように思う。	職員は利用者を人生の先輩として尊重した対応に努めており、気になる言動に於いてはその都度、職員間で確認し合うようにしている。また職員の学習会に「声のかけ方」を取り上げて、職員の意識を高めている。	
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	その日その時のお気持ちや願望を、会話やふれあいを通じて引き出すようにし、出来る範囲で応えている。		
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	ご利用者様それぞれの性格や体調に応じて、臨機応変にしている。		
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	更衣時の洋服の選択も、ご利用者様の意向を聞きながら行っている。		
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	ご利用者様の状態に合わせ、出来ることをやっていたり。また、健康状態に合わせ、好みのメニューを取り入れている。	メニューは利用者と相談しながら、その日の担当者が食材を見て決めている。調理する音や美味しそうな匂いが立ち込める中で、下ごしらえや配膳・洗い物などを共に行っている。また小さな菜園での収穫を楽しんだり、時には移動ラーメンや年間を通しての行事食を味わう等の様々な食の楽しみを支援している。	
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	ご利用者様、お一人お一人に合わせた食事量を提供できている。水分も、食事・お茶の時間には出来るだけ摂取して頂けるよう声掛けを行っている。バランスの良い食事を提供できるよう勉強している。		



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
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	毎食後にうがいの声掛けを行い、自力でできない利用者様には介助を行っている。 入れ歯使用者の入れ歯は、毎晩入れ歯洗浄剤を使用して衛生を保っている。		
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	ご利用者様を時間でトイレ誘導を行い、尿量に応じたパットなどを、出来るだけ安価で蒸れのないものを使用している。	全員の利用者の排泄の様子が分かり易く記録され、職員間で共有している。トイレでの排泄を基本としながら、一人ひとりの状態に応じてポータブルトイレや排泄用品を検討し、個別の排泄支援に取り組み、拒否的な場合も声かけの工夫やタイミングを見ながらさりげない支援を大切にしている。	
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	10時のお茶にはジュースを提供したり、水分をたくさん摂るよう声掛けを行っている。 また、食物繊維を多く摂るような食事作りを行っている。 寒天をご飯にいれるなど、寒天の使用を多くしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	曜日、時間を決めてしまっている。 しかし、その時の状況で曜日を変えたり、便汚染してしまった場合はその場で対応している。	家庭浴槽で、概ね週2回(夏季は3回)を目安に午前帯に体制を整えて入浴して頂いている。必要時には随時対応したり、二人対応やシャワーキャリーを使用する利用者もいる。上手く誘導できない場合も無理強いせず、時間的な余裕や対応の工夫をしながら支援している。	
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	衛生・換気・採光・室温調節に気を配っている。		
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	処方が変わった場合は、連絡帳などで申し送りを行っている。 薬の用法など記入されたものは、わかる所に置いてあり、時々確認している。		

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
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	達成感・満足感を得られるような役割や行事を取り入れている。		
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	外出する機会が減ってしまった(身体状況が落ちてしまったため)。行かれるご利用者様だけでも外出の機会を設けるようにすればよかった。	隣接施設の庭を散歩したり、時には花見ドライブや買い物ツアーを計画して、全員または2～3人の小グループでの外出を楽しんでいる。出かけた先でお茶タイムを楽しむこともあるとの事。自己評価で課題が挙げられており、重度化を考慮しながらも、外出の楽しみが支援出来るよう見直されている。	
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	1年に1度は買い物ツアーと題してお小遣いを渡し、好きな物を買えるような行事を取り入れているが、自分でお金を支払えることができなくなってきた。		
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	ご利用者様のご意思があれば提供している。		
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	ご利用者様はホールにいる事が多く、居心地の良い場所になっているように思う。毎日の清掃で清潔を保持している。	やや狭いかなと思われる、程よい広さのホールで、利用者や職員の距離が近く感じられ、家庭的で一体感がある。目の前で調理したり、洗濯物を干すなどの当たり前の生活感もある。ホールからの眺めの良さは、「さくら」ならではの環境であり、利用者の楽しみな共用の場となっている。	
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	狭いホールの為、思い思いの事が出来るスペースはないが、それなりに居心地が良い場所になっているように思える。夏場は玄関で涼をとったり、ひなたぼっこしたりしている。		

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
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居される際に使い慣れた物をお持ちいただいている。 身体能力低下に伴い、安全に過ごして頂けるような居室になるよう、ご家族と相談している。	ベッド以外は持ち込みとなっており、大切な物や使い慣れた物品等が置かれ、その利用者らしい部屋を整えている。それぞれの利用者が安心して過ごせる生活の場となっている事が窺えた。	
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	居室や風呂場に案内板を貼り、手すりなどを付けている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成25年3月27日

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	26 (10)	介護計画の見直し時期が半年であった。	見直しを3か月とする。	見直しを3か月とし、スタッフ会議において職員間で介護計画を共有し、ご家族への連絡も密にする。	1ヶ月
2	1 (1)	現在6項目の理念を掲げているが、「グループホームさくら」の目指す方向性が見えにくい。	「グループホームさくら」の目指す理念を端的にする。	スタッフ会議で、再度理念について検討し目に見えるところに掲げ、全職員の意識化をはかる。	1ヶ月
3	35 (13)	災害時における隣接施設(町)との協定は結んだが、より確かな支援とは言い難い。	地域の方々に、さらなる協力と理解を得られるようにする。	運営推進会議の委員を通じて、または、地域の方々にグループホームさくらの行事への参加を呼び掛けるなどしながら、より理解・協力を得られるようにする(避難訓練など)。	12ヶ月
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。