

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	0873800759		
法人名	有限会社 光陽		
事業所名	グループホーム さくら ユニット名 (さくらユニット)		
所在地	稲敷郡河内町長竿3866-1		
自己評価作成日	平成 30 年 2 月 6 日	評価結果市町村受理日	平成 30 年 5 月 28 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_2013_022_kihon=true&JigyosyoCd=0873800759-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成 30 年 3 月 26 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)】

利用者職員との間に、介護者と感じさせない家族的な関係を作ること身近に感じて何でも相談しやすい関係を作っている。施設に入所している固いイメージを感じない一般家庭と同じように、外からの方も気軽に挨拶を交わしたり「雨が降ってきましたよ」など、声をかけやすい雰囲気になっている。利用者一人一人、入所時には、どのような暮らしをしたいか、どのようなことを続けていきたいか等、家族や本人から聞き出し「できないよ」と言うことでも、無理なく出来る限り行ってもらえる工夫をしている。

【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)】

管理者は、利用者に自宅と同じ生活をさせてあげたいという思いがあり、利用者の状態に合わせてユニット移動をしたり、入浴も希望の時間に入れるよう体制を整えたり、外出も歩行が出来る利用者、車椅子の利用者と分けず、外食や行事、買い物、散歩等も平等に参加できるようにしている。利用者が生き甲斐や役割を持てるように、花の水遣りや食事作りも工程に制限を持たせず、できることは職員が見守りや介助を行い、参加してもらっている。ケアプランについても、家族等も参加しやすいように意義を説明し意向を確認し、職員もケアプランに沿った介護を行うよう心がけている。

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)	○ 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)	○ 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、生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
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	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	その人らしい暮らし、地域と交流と言う理念をリビングに掲示して常に見られるようにしている	玄関や食堂に掲示するとともに、職員会議で共有して確認し、実践に結び付けている。	
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	散歩や買い物、回覧板を利用者と共に行い近所の住民と交流をしている	地域の清掃活動に利用者と一緒に参加しているほか、朝のゴミ出しや回覧板を回している。散歩時に地域住民と挨拶を交わすなど、日常的に交流をしている。運動会や盆踊りを開催し、家族や地域住民を招待して交流の場を提供している。傾聴ボランティアや音楽療法士をボランティアとして受け入れている。	
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	外出時に近所の住民と会話をして認知症への理解を深めている		
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	定期的に町職員や近隣住民も参加して運営推進会議を行い意見を取り入れている	家族等や町職員、民生委員等が参加して定期的に行っている。行事や事業所の取り組みや状況を報告するほか、委員から災害対策等についての助言を受けるなどしている。	
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	管理者を通じて連絡を取り合い意見を取り入れている	月1回介護相談員の受け入れをしている。生活保護受給者を受け入れているため、町職員が月2回訪問するので、その時に色々相談するなど、協力関係を築いている。	
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	講習を受け、その内容をミーティングで話し合い拘束をしないケアに取り組んでいる	月1回のミーティング時に具体的な例を挙げ、身体拘束に関する勉強会を行っているが、記録に残すまでには至っていない。	内部研修について記録に残し、更に職員の身体拘束に関する理解が深まることを期待する。
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	講習で何が虐待にあたるかを学び、皆で知識を共有し防止に努めている		

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
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	研修や講習に参加し必要に応じて活用できるよう知識を共有している		
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、十分に理解していただける様、説明を行い納得を頂いている		
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	ご意見要望書を作成し常に優先して解決している。第三者窓口も設置している	玄関に苦情相談受付窓口を掲示するとともに、意見箱を置いている。年1回家族会を開催し、要望等を聴いている。家族会に参加できない家族には電話で意見等を聴いている。	
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	職員の意見は、管理者を通じて代表者に伝えてもらい業務に反映されている	朝礼時や休憩時間等に話を聴くようにしている。ミーティング時にも意見等を聴いている。	
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	疑問や意見は、管理者を通して代表に伝えられ勤務時間等、調整されている		
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	研修に参加しミーティングで内容を話し合い議事録で確認できるようにしている		
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	事業所間の交流や他事業所で行う研修に参加している		

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	本人が好きな事、得意なことを見極めケアプランに取り入れている		
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	事前に施設を見学していただいたり、体験利用を行い本人様と話をする機械をもうけて関係を作っている		
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	面談から利用までに何度か面談を行い話を聞き取り、関係作りに努めている		
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	本人が得意なこと好きな事を見極めホーム内で役割が持てるようケアプランで実行している。大家族と一緒に生活しているよう関係を作っている		
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	日頃から何でも話しやすい雰囲気作りを心がけている		
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	電話や手紙等で連絡を取ったり、家族と話し合いながら出来ることに支援している	個人記録や家族からの話等から把握し、記録に残して周知している。これまでの馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	レク等皆で遊ぶ時間を設けたり席順なども配慮し利用者が穏やかに過ごせるよう職員が間に入って見守りを行っている		
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	ホームの近くの病院に入院されている利用者には、利用者と一緒にお見舞いに出かけたり相談を受けている		

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
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	お茶や食事の時間等の会話の中に希望や意向の把握に努めている。意思表示できない場合でもカンファレンス等で意見交換し検討している	個人記録を参照して把握し、連絡ノートを使って職員間で共有している。思いを表出するのが難しい利用者の場合には、表情や仕草から読み取るように努めている。	
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	個人記録にこれまでの生活やサービス利用経過を記録しており、何時でも見ることが出来る		
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	変化がある時には、対応方法等を話し合い、連絡ノートで回覧している		
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	3ヶ月を目安にケアプラン会議を行い状況に変化があればその都度、ケアプランを利用者家族の意見を取り入れ変更している	ケアプラン会議の予定を家族等に郵送し、来てもらっている。ケアプランの意義を理解してもらう為に説明文も送っている。職員がわかりやすいように、ケアプランを書き出して事務所に張り出している。毎月モニタリングを行い、基本3ヶ月～6ヶ月で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	重要なことは、個人記録以外に連絡ノートを利用し情報を共有している		
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	本人や家族の要望に対して職員間で出来ることを話し合い、不参加等の場合には、出来ない理由を説明し代案を提供している		

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	地域が主催しているものを見学したり参加したりしている		
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	介護タクシー、家族の協力により本人、家族の要望する医師に受診している。特に希望がない方には、協力医療機関に月に1度、定期受診、特変時に対応が出来るようになっていく	契約時に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毎月あり、週1回訪問看護を利用して健康管理をしている。	
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1回、看護師に訪問してもらい様子を報告し対応方法を相談し、指示を仰いでいる。		
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。	入院の際は、日頃の細かな状態を伝え入院時も早期退院に向けて回復状態を聞きながら家族に伝え退院時のスムーズな受け入れが出来るように努めている		
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	利用者の状態が悪化した場合、家族や医師と相談し、本人や家族の希望に添えるよう対応を決定している	重度化や看取りに関する指針と同意書があり、段階に応じて同意を得るようにしている。重度化や看取りに備えて年2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	消防署に以来して応急手当や初期対応、AEDの使用法の訓練を行っている		
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	災害時の対応を事務所に掲示してあり消防署の指導の下、避難訓練を行なっている	夜間想定を含む避難訓練を行い、訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。地域住民の参加が得られており、それぞれ役割分担を決めて実践している。	

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
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	利用者への声かけ、対応について講習を受け全体会議で話合っている	人権尊重や守秘義務について、マニュアルがあり、ミーティング時に話し合っている。個人情報保護に関する同意書があり、書類は事務所内の鍵のかかる書棚に保管している。	
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	食事のメニューやその日に着る衣類の決定を出来る利用者には、行ってもらっている		
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	利用者の生活ペースに合わせ、ゆったり楽しく本人の移行に添って1日の生活を送れ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	訪問理容を利用したり、毎朝の洗顔整容を職員が手伝うなど身だしなみの支援を行っている。利用者が着る服を職員と一緒に選んだり髪を結う等その人らしいおしゃれが出来るようにしている		
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	利用者の状態に合わせて食器やワゴンを用意し片づけや準備等、出来ることの工夫をしている。手作りおやつを利用者と一緒に作る等をしている	週2回職員と利用者が一緒に買い物に行き、希望を取り入れて献立を立てている。家族等の協力を得て外食に出かけるほか、外出時にはお弁当を作って出かけている。	
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	何時でも自由にお茶が飲めるよう、ポットや湯のみを配置してある。摂取量の少ない利用者にはチェック表を作成し、こまめに声かけ介助を行っている		
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、歯磨き義歯の手入れが行えるように支援している。就寝時、義歯の消毒を行う。訪問歯科も定期的にお願いでチェックしてもらっている		

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	利用者の排泄間隔にあわせてトイレ誘導を行っている	排泄チェック表等から一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導して出来るだけトイレでの排泄を促している。オムツの使用量もチェックするようにして、使用量減に努めている。	
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	運動や水分補給により排泄を促し、排便の状態を医師に伝え下剤やセンナ茶等も使用している		
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	夜間入浴が出来るように職員配置をしている。季節によって、ゆず湯やしょうぶ湯を用意し入浴を楽しめるよう支援している	基本週3～4回となっているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴を拒む利用者へは、入り口に温泉の垂れ幕を掛けたり、時間や職員を替えるなどして対応している。	
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	夜は寝るまでお茶を飲みながらテレビを見たりして、くつろいで過ごしている。本人のペースで就寝できるようにしている。寝具や空調に気をつけ安眠できるよう支援している		
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	個人記録に処方箋をファイルして何時でも見ることが出来る。薬の変更があった時には、連絡ノートで回覧している		
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	食器を拭いたり、洗濯物を干したり、たたんだり出来ることを分担して行っている。かるた、風船バレー、ぬり絵、折り紙、書道等一人ひとり活躍できる場面作りや楽しみごとの支援をいている		
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	天気の良い日は、外出するようにしている。車椅子利用者が多いので交代で出かける等、支援している	散歩に出かけたり、職員と買い物に出かけたりしている。散歩に行けない日は、ウツデッキでお茶をしながら日光浴や外気にふれるよう支援している。年間行事計画を立てて、外食や買い物、ドライブ等に出かけている。	

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
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	状態に合わせて家族と相談し財布の管理を決めている。		
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	希望があれば、電話を使ってもらっている。頻繁に訴える利用者には、相手の都合を聞いてから連絡をしている。年賀はがきを購入し、年賀状を出したりしている		
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	各居室の見やすい位置に名札を付けてある。リビングや玄関に季節に合わせた飾り付けを利用者と一緒に行っている。七夕飾り、クリスマス等季節感を取り入れた工夫をしている	玄関やウッドデッキに季節の花の鉢植えが置かれ、利用者が水やりや管理を行っている。天井が高く、天窓を設置し、開閉が出来る。温度の調節や自然風を取り入れている。施設内は全館床暖房になっている。夏はよしずつつけて涼しくすごしている。	
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	リビングに個人個人の席を用意してある。ソファを用意してくつろげるようにしてある。天気の良い日には、ベランダでも過ごせるように椅子の用意がある		
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	居室には本人の使い慣れた家具や好きなものを置いている。ホームで作成したものや本人の好みの物を飾ってもらっている	家族と相談して、今まで住んでいた環境にできるだけ近くするために、使い慣れたものを持ち込むようにしている。	
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	個室や廊下には手すりがあり安全に歩行が出来るようになっている。浴室は、一般浴槽な為、個人の身体能力に合わせて支援している		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホーム さくら

作成日 平成 30 年 5 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	身体拘束をしないケアの実践・・・現在、玄関や居室の施錠、ベッドの柵等行ってはいないが点滴を行うときには時々、その時間のみ行う事があった。	どうしても拘束しなければならない理由（医療行為）を説明し家族に同意書を頂く。拘束についての勉強会を行なう。	同意書を頂き、経過報告や再検討を行い拘束しなくても良い方法を職員皆でその都度、話し合う。勉強会の内容をミーティングで再度、報告する。	3ヶ月
2	35	災害対策として備蓄一覧表を詳しく作成すること・・・乾物類の買い物を行なった時、新しい物と入れ替えをして一覧表に記録しているが、曖昧になっている備蓄類（米・オムツ）がある。	オムツ、毛布、食品と分けて災害時どれ位必要かを把握する。備蓄担当職員を決め書式を作成する。	オムツの購入時、季節の変わり目の時の毛布の出し入れ、乾物類の購入時、在庫確認を担当を決めて月1回行う。	1ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					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。