

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	1191700150		
法人名	株式会社 彩香らんど		
事業所名	グループホーム 彩香らんど		
所在地	埼玉県鴻巣市登戸256-1		
自己評価作成日	平成26年12月30日	評価結果市町村受理日	平成27年6月10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/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成27年2月24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)】

○家庭的な雰囲気を大切に、出来るだけ個々の家庭で使用していた物を持ち込んでいただき、馴染みの支援をしている。
 ○重度化が進みADLの低下が著しいが、その人なりの生活が出来る様に、可能な限り自立に向けて支援している。
 ○医療的に提携医院との連携が密にあり、どのような状況でも対応出来る様に支援している。
 ○「のんびり」「ゆっくり」「いっしょに」「たのしく」をモットーとし入居者のペースで「安心」「安全」な生活が送れるように支援している。
 ○利用者に「ここに居て良かった」と言ってもらえる様に、人・環境の改善に取り組んでいる。

【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)】

・利用者職員がゆっくり関わられる時間を大切に、1人ひとりの状況に応じた生活が送れるように支援とケアがなされ、「のんびり・ゆっくり・一緒に・楽しく」の理念が実践されている。
 ・ご家族のアンケートでも、「身のまわりの世話から医療関係まですべてお世話になってほんとうに助かっています」、「親身になって話を聞いてくれるスタッフさんがいるアットホームな感じ」などのコメントが寄せられ、ご家族が現在のサービスに満足されていることが伺える。
 ・目標達成計画の達成状況については、学童保育行事への参加や地域の防災訓練に企画段階から加わることに加え、機関紙を地域へも配布することなどを通じて地域参加を進められていることから、目標達成への取り組みが伺える。

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
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	職員会議や毎日の申し送り、また理念を掲示し取り組んでいる。	利用者と職員がゆっくり関われる時間を大切に、1人ひとりの状況に応じた生活が送れるように支援とケアがなされている。また、会議や毎日の申し送りを通じて、職員間の理念の共有が図られている。	
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	地域の学童保育の行事に参加する。また施設利用者が作った物を子供たちにプレゼントしたり、逆に子供たちが作った物をプレゼントされたりする。	近隣の学童保育の行事への参加や手作り品のプレゼントを通じて、積極的な交流が行われている他、すぐ隣の小学校との交流が計画されている。また、自治会に加入され、機関紙の配布などを通じて地域参加を進められている。	
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	地域包括支援センターと協力して認知症介護の講習会の手伝いをしていきたい。		
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	施設での取り組みや状況を伝え、参加者から色々な意見を伺い、可能なものからサービス向上に繋げている。	定期的に開催されており、行政・地域代表・家族代表などに加えて、近隣の学童指導員の参加もあり、利用者や事業所の状況報告に加えて、地域との関わり方などに対する情報提供や話し合いが行われ、サービスの向上に活かされている。	
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	運営推進会議で、地域包括支援センターの職員だけではなく、市役所の方や民生委員の方にも参加してもらい、サービス向上に繋げている。	空き室情報や各種届出、相談などを通じて、市の担当者とは、いつでも相談できる関係が作られている。また、介護事業者連絡会に参加することで情報の共有が進み、地域との関係の強化に活かされている。	
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	玄関を出るとすぐ道路があるため、安全を優先して玄関の施錠はしてあるが、利用者が外へ行きたい時は可能な限り一緒に外へ行く。	職員が利用者の行動パターンを把握し、寄添って行動することで、身体拘束の無いケアが行われている。また、職員会議での確認事項に組み込み、資料や申し送りと共に職員への周知・徹底が図られている。	
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	職員会議や普段の会話の中で言葉使いや対応について注意している。		

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	現在必要とされる入居者がいないが、各種研修会に出来るだけ参加したい。		
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	契約時に家族に十分に説明を行い、理解を得ている。疑問や不安に思うことは契約時だけではなく、常時尋ねてもらっているようにしている。		
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	利用者からの意見、不満、苦情は日々伺い処理し、家族からは面会時や運営推進会議で意見を伺っている。	利用者との1対1の関わりと利用者担当や家族からの情報を合わせ、意見や要望を捉えている。また、家族の来訪時は、積極的に利用者の詳細を伝えることで、話を引出し、汲み取られた意見や要望は、検討を経て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	職員会議のときだけではなく、日常業務の中で意見や提案を聞き、できる事から反映している。	定例の会議だけでなく、朝礼や業務の合間の時間を活かして話せる場が作られており、現場でできることは、直ちに対応されている。また、事業計画作成に関する職員アンケートが実施され、検討を経て、運営やサービスの向上に活かされている。	
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	職員個々の勤務状況を報告し、改善案等の助言を貰い、職員に伝えている。		
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	採用時には新入社員研修を行っている。また、定期的に外部研修を行い職員一人一人のケアの向上に努めている。		
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	外部の講演会や講習会に参加し、その中で同業者との意見交換を行っている。		

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
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	日々、ご本人とお話しをし、本人からの要望や不安等の訴えを積極的に聴くようにしている。		
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	発語やコミュニケーションを取れない方もおり、家族と直接会って話し合いするだけでなく、電話での話し合いも行い相互が納得出来る様努めている。		
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	管理者だけではなく、現場職員も面会時や電話で家族と話す機会を作っており、お互い話しやすい環境にある。その為、相談を受けた時もお互い安心して対応を行っている。		
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	本人に出来ることはできる限り本人にやらせてもらうようにしている。職員は出来るだけ見守りつつ、本人だけじゃ難しいことは職員も一緒に手伝っている。		
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	面会時が食事時の場合は一緒に食事介助をしていただいている。また敬老会や外出等の行事に家族にも参加を呼びかけている。		
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	ご家族だけではなく、親戚やご友人等にも面会に来ていただいている。また、本人がよく行っていた場所へは可能な限り職員と一緒に往ったりする。	友人・知人の来訪者には、来訪を楽しんでいただくための場作りに配慮がなされており、家族の協力を得てお墓参りなども行われている。また、散歩の機会などを利用し、近隣の方との新しい馴染みの関係を作ることに努められている。	
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	利用者同士の関係を良好、もしくは改善していく為に、利用者同士の間に職員が入り一緒に話し合いやレクリエーションをしている。		

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
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	まだ退居された方がいないが、退居されても退居先との連絡や家族との情報交換交流を可能な限り続けていきたい。		
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	理念に基づき、本人の思いや意向を把握するために声掛けを行い、本人本位のサービスになるよう心掛けている。	利用者と1対1になれる時間を利用し、趣味や昔の生活などの話を聴くことで信頼を得、表情や行動の変化と併せて、1人ひとりの思いや意向を捉え、できるだけ希望を叶えられるように、本人本位に検討が行われている。	
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	入居前だけではなく、入居後も生活歴や生活環境等の情報を伺ったり、相談したりしている。		
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	日々のサービスに対する反応を個々の記録に記入し常に把握している。		
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	利用者や家族の意向を聞き、職員や看護師からの意見も参考にし、個々のケア会議で参加者と話し合いをしながら介護計画を作成している。	1人の利用者に対して、主と副の2人利用者担当を置き、一方がいない時も状況をよく捉え、モニタリングを充実させている。それを基に、利用者や家族、医師、看護師の意見も参考にケア会議を行い、現状に即した介護計画が作成されている。	
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	日々の利用者の状況や変化を、生活記録に記入し、申し送りで伝えたりし、職員間で情報の共有を行いケアの見直しに活かしている。		
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	可能な限り要望に応じ、買い物、通院等の柔軟支援をしている。		

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
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	市の傾聴ボランティアや避難訓練と協力しながら支援している。		
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	2週間に1回の内科医往診、適時歯科医往診、他科(整形外科、皮膚科等)受診と各医療機関の協力を頂きながら支援している。	提携医療機関による内科・歯科の往診があり、家族と職員の協力で入居前からのかかりつけ医の受診も行われている。また、受診に関する内容を家族と共有することにも努められ、適切な医療が受けられるように支援がなされている。	
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	提携医院の看護師や訪問看護ステーションの看護師と24時間連携可能であり、その都度相談しながら支援している。		
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。	入院対応協力医療機関(3箇所)と情報を密にし、家族と相談しながら早期退院に向けて連携している。		
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	重度化終末期医療連携指針を決定し、家族の同意を得て主治医と相談しながら実施していきたい。	入居時に重度化や終末期に向けて事業所でできることの説明を行い、状況の変化に応じて、家族・医師・看護師などと話し合い、できるだけ対応を行うと共に、その後の選択が適切に行えるように、助言と支援に取り組まれている。また、終末期に対する職員勉強会も進められている。	
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	緊急時マニュアルや連絡網を作成し、事故発生時の対応に備えている。またAEDを設置したり、提携医の主治医からの指導を随時受けている。		
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	年2回日中と夜間想定避難訓練を行っている。また、運営推進会議にて災害時の協力連携についても話し合いを行っている。	夜間想定を含め年2回の避難訓練が行われている。また地域の防災訓練に企画段階から参加し、準備委員も努められている。また、地域との協力を充実させるべく、運営推進会議などを通じて働きかけが行われている。	災害発生時は、事業所だけでは対応には限界があると想定されることから、隣の小学校との避難場所としての協力の検討などを期待します。

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
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	言葉使いに気をつけて声掛けを行っており、利用者一人一人の意思と人格を尊重するよう心掛けている。	入浴や排泄時は、十分なプライバシーの確保と尊厳を守ること配慮がなされている。また、利用者の一時的な感情に惑わされるのではなく、それぞれの本意を把握して、支援するようにされている。	
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	日々入居者に声掛けを行い、本人の思いや希望を表せられるよう働きかけている。意思表示が難しい利用者には家族と相談しながら決定している。		
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	睡眠時間や食事時間等日々の日課についてや、レクリエーションや行事の内容について利用者と一緒に考えて決定している。		
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	家族の同意の基、出張散髪を利用している。馴染みの理美容院がある利用者については、家族と協力して馴染みの理美容院を利用出来る様支援している。		
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	利用者の好みやアレルギーに気をつけながら食事の準備をしている。準備や片付けは出来る利用者には一緒に手伝ってもらっている。	献立を考え、食材の買い出しから準備、調理、後かたづけまで、できる利用者には手伝っていただき、おやつ・季節食・行事食など、手作りで家庭的な味を楽しまれている。また、利用者の意見を取り入れた外食も行われている。	
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	利用者の日々の状況を生活記録や申し送りで把握し、利用者一人一人に合った食事量や水分量を考え支援している。		
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	食後の口腔ケアは自分で出来る方は自分でやってもらい、自分でやるのは難しい方は職員が支援してケアをしている。入れ歯の方は就寝前に洗浄保管している。		

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	利用者や家族の意向を聞き、足元ふらつく方にはポータブルトイレを設置するなど極力おむつを使わないで済む様工夫している。	利用者1人ひとりの排泄パターンを把握し、夜間も含めトイレ排泄を原則とした支援が行われている。また、訪問看護からの排泄介助のノウハウを得ることにより、排便コントロールが上手くいくようになり、便秘が減るなどの効果が見られる。	
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	毎日排便チェックを記入して対応している。便秘の方には下剤を処方する前に牛乳等の乳製品の飲食物を摂ってもらい、排便へ促すよう工夫している。長期便秘の方には看護師に浣腸をお願いしている。		
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	毎日全員入浴することは出来ていないが、利用者は週2～3回のペースで入浴を楽しんでもらっている。また、利用者から入浴の希望がある場合は、その方も入浴出来る様対応している。	週2・3回を原則とし、希望により毎日の入浴も可能となっており、介護度の高い利用者には、2人での介助が行われ、安心して入浴していただける支援が行われている。また、利用者とアロマソープを手作りし、入浴を楽しんでいただく計画がなされている。	
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	入居者一人一人の睡眠パターンを把握し、寝返りが難しい利用者には職員が適時体位交換を行っている。またパッド交換時、睡眠の妨げにならないよう配慮して行っている。		
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	服薬の処方箋を個別のファイルに綴じており、常に閲覧出来る様になっている。服薬による変化があった場合は提携医に連絡するよう指示してある。		
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	食器洗いや洗濯物たたみ、ゴミ捨て等利用者にも出来る事は出来るだけ行って頂けるよう支援している。楽しみが見つからない方には、普段の会話の中から本人が楽しめるものを見つけ支援していく。		
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	利用者の希望で買い物や散歩に行ける様支援している。また、行事で外出する時には家族にも一緒に参加出来るよう呼びかけている。	グループでの外出を中心に、近隣への散歩や買い物は日常的に行われている。今後は、全員一斉ではなく、利用者1人ひとりに適した外出が何であるかを見定め、家族や地域の協力を得て出かけることを、検討されている。	グループでの外出から個人別の外出へ移行されつつありますが、利用者の希望と心身の状況に合わせた外出を企画されることを期待します。

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
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	自分で金銭管理出来る方しかお金を所持していないが、買い物で金銭支払いの場面で利用者に現金を出して支払う支援をしている。		
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	本人からの希望で電話をしたいと訴えがあったときは、電話出来る様支援している。		
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	共用空間には出来るだけ家庭的な雰囲気が出るよう工夫し、季節や行事に応じて装飾を変更している。	季節を感じられる親しみやすい飾り付けを施したりリビングでは、利用者同士の相性も考慮して、思いおmoiの場所で、居心地よく過ごしていただく配慮がなされている。また、利用者に手伝っていただいて毎朝清掃が行われ、居室共々、清潔に保たれている。	
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	ホールに食事用テーブル以外に複数が座れるソファの設置、または席替えを行い工夫を行っている。		
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	本人が気持ちよく過ごしていただく為に、本人や家族と相談し使い慣れた物や写真等を置き、工夫している。	危険なもの以外は、基本的に自由に持ち込んでいただくことが可能であり、使い慣れた家具や馴染みの身の回り品を持ってきていただき、居室を自宅としてとらえて、居心地よく過ごせる工夫がなされている。	
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	入居者の状況に応じて居室やトイレ、ホール等に手摺りをつけて安全な環境づくりをしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名:グループホーム 彩香らんど

作成日:平成 27年 5月 20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	49	外出に関して、利用者やその家族と職員の間 に考え方の違いがあり、一部のご家族から満足 を得られていない。	利用者と積極的に外出を行っていく。	外出と聞くと、遠方へ行くことをイメージされや すいが、グループホームとしては外出を身近な ものとしてとらえてほしいので、具体的に(公園 へ散歩、スーパーへ買い物)説明し、また写真 も撮ってご家族へ伝えていく。	12ヶ月
2	35	火災時の避難訓練は行っているが、地震等の 災害時の訓練が出来ていない。	火災に限らず、他の災害時でも適切な行動 が取れる様に訓練をする。	消防署に相談して、災害時に出来ることや、や らなければならないことについての講習会や訓 練をお願いする。また、災害時にすぐに助けを 得られる様ご家族だけではなく、近隣住民も含 めた連絡網を作る。	12ヶ月
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。