

### 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	令和元年8月20日	評価結果市町村受理日	令和元年11月22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.kai gokensaku.jp/11/index.php">http://www.kai gokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

**【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	令和元年9月5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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療的に提携医療との連携が密にあり、どのような状態でも対応できるように支援している。</li> <li>・ADLの低下が著しいが、その人なりの生活ができるように、可能な限り自立に向けて支援している。</li> <li>・家庭的な雰囲気을大切に、出来るだけ個々の家庭で使用していらした物を持ち込んでいただき、馴染みの支援をしている。</li> <li>・利用者に「ここに居て良かった」と言ってもらえるように、人、環境の改善に取り組んでいる。</li> </ul>
--

**【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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような事業所としたいかを全職員で考え、新しい理念と行動指針が作成され、利用者一人ひとりのできることを見つけて希望を叶えるなど、個性を大事にした支援に努められている。</li> <li>・運営推進会議では、家族代表、民生児童委員、地域包括支援センター、福祉見守り委員の方々の参加を得て定期的に開催され、事業所からの報告だけでなく、インフルエンザ、避難訓練、介護用品などに関わる質疑応答が行われ、運営に活かされている。</li> <li>・目標達成計画については、意見やアイデアは積極的に取り上げ支援に活かされると共に、職員間で業務の見直しを図り、何を優先すべきかなどの検討が進められていることと、年2回の避難訓練が行われ、過去の水害の状況の把握が行われ、対応マニュアルが作成されていることなどから、目標達成への取り組みが伺える。</li> </ul>
--

**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)	○ 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

[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	職員会議で一人一人の意見を出し合い理念を作り実践して取り組んでいる。	どのような事業所としたいかを全職員で考え、新しい理念と行動指針が作成され、利用者に寄り添い、思いを汲み取り、一人ひとりのできることを見つけて希望を叶えるなどの個性を大事にした支援に努められている。	
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	往診先での催し物やイベントにできるだけお連れし参加するようにしている。	自治会に入会され、近隣の方々と挨拶を交わしたり野菜をいただいたり、市内の医療機関が主催するコンサートに出かけるなど、地域とのおつきあいが継続されている。また、地域の防災訓練にも参加されている。	
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	地域包括支援センターと協力して認知症介護のケア会議になるべく参加している。		
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	施設での取り組みや状況を伝え、いろいろな意見を伺い、可能なものからサービス向上に繋げている。	家族代表、民生児童委員、地域包括支援センター、福祉見守り委員などの参加を得て定期的開催されており、事業所からの報告だけでなく、インフルエンザ、避難訓練、介護用品などに関わる質疑応答が行われ、運営に活かされている。	
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や職員だけではなく、市役所の方や民生委員の方に参加してもらいサービス向上に繋げている。	利用者や生活保護者に対する報告や相談が市の各課と行われている。また、市主催のサービス事業者連絡会への参加や市内のグループホーム管理者やケアマネジャーとの交流も行われ、得られた情報がサービスに活かされている。	
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	身体拘束の指針に従って利用者の負担にならないようにケアを行っている。	身体拘束の指針が作成され、運営推進会議の中で身体拘束適正化の話し合いや意見交換が行われている。また、年1回の研修や会議などを利用して職員への理解と周知が図られ身体拘束の無いケアが実践されている。	運営推進会議での話し合いや職員研修も行われています。取り組み内容を明確にするために、身体拘束適正化検討委員会としての議事録の作成に期待されます。
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遣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	今現在行ってはいないが、各種研修に参加したいと思っている。		
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	契約時に家族へ説明を行い、理解を得ている。不安や疑問点は常に尋ねてもらっている。		
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	利用者から意見、不満、苦情は日々伺い処理し、家族から面会時や運営推進会議で意見を伺っている。	利用者とは日常の関わりの中で、家族とは来訪時を利用して利用者担当や計画作成担当とコミュニケーションを深め、来訪の少ない家族とは電話により様子を伝え、それぞれの要望の汲み取りを進め、日々の支援に反映されている。	
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	職員会議の時だけでなく、日常業務の中で意見や提案を聞き、出来るところから反映している。	会議の場だけでなく、業務の合間でも話し易い環境作りが進められ、意見やアイデアは積極的に取り上げられ日々の支援に活かされている。また、職員間で業務の見直しを図り、何を優先すべきかなどの検討が進められている。	
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	定期的に外部の研修を行い、その内容を職員会議などで反映している。		
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	地域包括支援センターにより、ケア会議など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
<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	日々、本人に声掛けをし、本人からの要望や不安などの訴えを積極的に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	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できるように努めている。		
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、現場の職員も面会時や電話で家族と話す機会があり、お互い話しやすい環境にある。		
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	本人の出来る事は出来る限り本人にやらせてもらうようにしている。職員はできるだけ見守りつつ、本人だけでは難しい事も職員と一緒にやっている。		
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	面会時が食事の時の場合は一緒に食事介助をしていただいている。また敬老会や外出時の行事に家族の参加も呼び掛けている。		
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、親せきやご友人等にも面会に来ていただいている。	家族・親戚・友人などの来訪が多く、利用者と話し易い居室の環境が整えられている。また、馴染みの場所への訪問や食事、法事、正月の一時帰宅で家族と一緒に出かけられる場合の支援なども行われ、古くからの馴染みの継続に努められている。	
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ために、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	やむを得ない事情により退去された方への支援や情報交換や交流は行っている。		
<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	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に心がけている。	日常の声かけを多くし、言葉数が少ない方にはボディランゲージなども取り入れてコミュニケーションを深め、その方が興味を持つ催しを行うことで、昔の記憶を呼び戻し、好きなことや関心のあることを把握する回想法も取り入れられている。	
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など情報を伺ったり、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ながら介護計画を作成している。	全職員でモニタリングを行い、家族や医師、看護師の意見も得てケア会議が行われ介護計画が作成され、日々の介護と介護計画の乖離を防ぐために、利用者担当と計画作成担当が内容の確認を行い、職員同士も声掛けを行い見直しに繋がっている。	
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、通院等の支援を行っている		

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
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し、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	2週間に1回内科医往診、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。	入居時に往診のある提携医療機関の説明が行われ、従来からのかかりつけ医との選択が可能であり、かかりつけ医の受診は家族協力が基本で介護タクシーによる送迎などの支援がなされている。また、往診医は精神科にも精通されている。	
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。	入院時、相談員や担当の看護師と面会して情報共有を行っている。		
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。	入居時には重度化や終末期に向けて事業所ができることの説明が行われ、重度化終末期医療連携指針に基づき、家族の希望と往診医の協力により、適切な選択ができるように支援されている。また、看取りに対する職員の技術の向上やメンタルのフォローの強化が検討されている。	
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	年二回夜間想定と日中想定避難訓練と、災害に関しても運営推進会議にて協力連携について話し合っている。	消防署立ち合いで年2回の避難訓練が行われていることに加えて、地区の過去の水害の状況についての把握が行われ、水害を想定した対応マニュアルが作成され避難場所や経路の確認も行われている。また、市主催の防災イベントにも参加されている。	年2回の避難訓練が実施され、水害を想定した対応マニュアルも作成されています。災害種別のマニュアルの充実や備蓄の確保に期待されます。

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
<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	言葉遣いを気を付けて声掛けを行っている。一人ひとりの意思と人格を尊重するようにしている。	利用者が他の人に知られたいくないことに対しては、知られないための配慮がなされている。また、できることは褒め、失敗は責めず、曖昧な返事をしないなど、利用者の尊厳を守っての支援がなされている。	
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っている。意思疎通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	睡眠時間や食事の時間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検討している。		
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	家族の同意のもと、出張散髪を2か月に1回利用している。		
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などに気を付けながら食事の準備をしている。準備や片付けができる利用者には一緒に手伝ってもらっている。	利用者の好みや見た目にも配慮した職員の調理による献立が提供され、行事食や季節食、おやつ作り、うどん打ちなどが行われ、利用者にも手伝っていただくことで、作ることも含めた多彩な食事やおやつを楽しんでいる。	
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把握し、利用者一人ひとりにあ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できる方はやってもらい、難しい方は職員が支援してケアしている。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	利用者や家族に意向を聞き、足元がふらつく方にはポータブルトイレの設置をするなど工夫をしている。	日中は利用者一人ひとりの排泄パターンに基づいて声掛けを行い、トイレ排泄を促す支援が行われており、夜間は各利用者に応じた最適な対応が取られている。また、ナースコールをうまく利用して失敗を減らすなど、自立の向上にも取り組まれている。	
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	毎日排便チェックを記入し対応している。便秘の方は、主治医に確認して下剤や浣腸を行うなどして対応している。		
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	毎日入浴することはできないが、週1～2回のペースで入浴を楽しんでもらっている。また利用者から希望があった場合、出来るように対応している。	週1～2回の入浴が行われ、自立の方には見守りで、自立の困難な方には2人対応で入浴を楽しんでいた。今後、職員のシフトの見直しや入浴日や入浴時間の工夫により、週2回の入浴日の確保が検討されている。	週1～2回の入浴が行われ、自立の困難な方には2人対応も行われています。入浴日やシフトの工夫により、適切な入浴回数の確保に期待されます。
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	入居者一人ひとりの睡眠パターンを把握し、寝返りが難しい利用者には適時体位交換を行っている。		
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、常に閲覧できるようになっている。服薬に変化があった場合は申し送りや口頭で説明している。		
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	食器洗いや洗濯物たたみ等、出来る事は出来るだけ行っていただ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	利用者の健康状態を見ながら外出支援を行っている。	初詣や季節の花見などは全員で出かけることもあるが、利用者の高齢化により、それぞれの状況に応じてグループや個人での外出を楽しんでいただくことが中心となってきている。また、日常的には散歩や外気浴などへの支援にも努められている。	



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	本人の希望によりほしいものがあつた場合、家族と相談して決めている。		
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	本人から希望で電話がしたいと訴えがあつた場合、家族に確認して電話に出られる時間などを事前に聞いておくようにしている。		
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	共有空間にはできるだけ家庭的な雰囲気がでるよう工夫し、季節や行事に応じて装飾を変更している。	季節の壁飾りや手芸作品などが飾られている共用空間や外が見える場所に置かれた椅子など、職員と利用者や利用者同士が思いおもいに話したり過ごしたりする場が作られている。また、新しい利用者が馴染み易いように席替えなどの気配りも行われている。	
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	ホールに食事用の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	本人に気持ちよく過ごして頂くために、本人や家族と相談して使い慣れたものや写真など置き、工夫している。	居室を自宅としてとらえ、使い慣れた家具や馴染みの品、仏壇などを自由に置いていただき、利用者の好みや習慣を大切に環境を整えられている。また、職員中心に清掃が行われ、共用空間共々清潔に維持されている。	
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	入居者に応じて居室やトイレ、ホールなど手すりを付けて安全な環境づくりをしている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム彩香らんど

## 目標達成計画

作成日: 令和 元 年 11 月 1 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	45	週に1~2回しか、利用者を入浴に入れられていない状態にある。	週に2~3回に増やす。 利用者のケアを心掛ける。	シフトの見直し。 業務の改善。	6ヶ月
2	35	地震災害のマニュアルを作成していなかった。	マニュアルを作成し、職員に伝える。	訓練による避難誘導の実施。	6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。