

### 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	1191100062		
法人名	社会福祉法人 敬愛会		
事業所名	在宅ケアセンターきらら グループホームぬくもりの家		
所在地	埼玉県久喜市伊坂460-1		
自己評価作成日	平成26年3月5日	評価結果市町村受理日	平成26年5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.kaigokensaku.jp/1_1/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/1_1/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	平成26年3月18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)】**

落ち着いた家庭的な雰囲気の中で快適に生活出来ると共に、デイサービスとの複合施設である機能を有効に活用し、音楽療法やパワーリハビリテーションの提供も可能となっている。また、きららでの生活が困難となった場合には、同法人特別養護老人ホームへの入所の提案も可能となっており、退所後のフォローも万全となっている。

**【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)】**

・家族の関わりを大切に考えられ、病院の付き添いや外出時などの協力が得られるよう働きかけられている。事業所独自のCSアンケートや家族アンケートでも多くの意見が寄せられており、家族からの理解が深く、家族と事業所が協力しながら利用者の暮らしを支える支援が実践されている。  
 ・ご家族のアンケートでも、「わがままな人たちを職員が良く世話をしてくれる」、「献身的な仕事ぶりに敬服し感謝してます」などのコメントが寄せられ、家族からの信頼の高さが伺える。  
 ・目標達成計画の達成状況については、定期的なカンファレンスが行われ、利用者・家族の意向に沿った目標が共有されていること、避難訓練についても、地域住民との合同の訓練が定着し、災害時における協力体制が整えられるなど、目標が達成されている。

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
57	利用者や職員が、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)
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)
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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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	理念の共有・浸透を図る為、朝礼時に理念の唱和を行い、スタッフルームへも理念の掲示をしている。	法人理念を基にした行動指針が掲げられ、安定したサービス提供のできる体制が整えられている。人生の大先輩として尊敬の念を持ち接することが職員間に統一されている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	近隣住民への挨拶を積極的に行っている。地域の行事(お祭り、餅つき会)への参加や廃品回収や子供会の行事(お祭り、ラジオ体操)等に協力している。	地域のお祭りや餅つき、ラジオ体操などに参加し地域との交流が図られている。事業所の敬老会や避難訓練へ地域住民の参加が得られ、地域との繋がりが継続できるよう努められている。	
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	実践されていない。		
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	運営推進会議は2カ月に一度開催している。事業報告、行事・入居者の様子を写真をもとに伝え、そこでの意見交換を参考にサービス向上に努めている。	定期的に開催され、利用者の生活状況が写真で説明され、参加者からは分かりやすいと好評を得ている。避難訓練への家族参加や敬老会の内容の工夫など意見交換が行われ、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	適宜連絡を取り合っている。	地域包括支援センターを通して報告や相談が行われるほか、事業所の空き情報や市が主催する研修会への参加など、連携が深められている。	
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	身体拘束は行っていないが、エレベーターや階段室の扉には安全上、ロックをかけている。	身体拘束・接遇・言葉づかいなどについての研修会が定期的に行われ、身体拘束をしないケアについての正しい理解が職員間で共有されている。また、事業所内の定期的な自己評価において、個々に考える場が設けられている。	
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	虐待防止について研修を開催し、虐待への意識を高めている。		

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	学ぶ機会がなく、制度の理解・活用に乏しい現状である。		
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	契約時は、十分な説明を行い、理解・納得して頂けるよう努めている。		
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	利用者やご家族からの意見・要望には迅速かつ適切に対応するとともに、特に苦情に関しては第三者委員会への報告も行い、改善に努めている。又、法人としてCSアンケートを実施しており、サービスに反映させている。。	利用者からは食べたいものなどの要望が聴き取られ、家族からは、手伝いを増やして欲しい、歩かせて欲しいなどの要望があり、ケアプランへ反映されている。また、CSアンケートが行われ、結果を広報誌に載せるなどの取り組みが行われている。	
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	定期的で開催されるユニット会議等において、意見、改善点を話し合い、報告している。	管理者・リーダーが積極的に声かけをし、意見を言い易い雰囲気作りに努められている。外出や食事作りのレクリエーションなどの提案が取り入れられるなど、運営に反映されている。	
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	職員の勤務時間に柔軟に対応できる業務とし、人事考課制度を充実させ、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	新人から管理職に至るまで、経験年数に応じた研修が開催されており、キャリア向上への仕組みがある。特に新人育成に関しては、チューター制度が設けられている。		
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	法人内の各事業所との勉強会・研修会・親睦会等にて交流する機会が設けられている。		

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
<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	入所前の事前面談や、入所後の日々の声かけによって、信頼関係を築いている。		
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	事前面接の際に、家族からの要望等を確認し、関係づくりに努め、プランに反映させている。		
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	入所申込の段階で、グループホームへに入所対象とならない場合等に、他のサービス利用を提案している。		
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	役割活動の支援を中心に、共に暮らす者同士の関係を築いている。		
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	定期通院や散髪等、可能な限りご家族に協力頂いている。		
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	ご家族様の協力による外出や面会を継続されている方が多い。 併設デイサービスへお連れし、友人と会う機会を設けている。	友人、知人の面会、手紙や電話の取り次ぎが行われている。また、併設のデイサービスの友人との交流や行きつけの美容院、ホームセンターに出かけるなど、これまでの関係を継続するよう支援されている。	
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	利用者同士の趣味活動・役割活動の支援を中心に、互いに支えあう場面がみらる。		

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	必要に応じて連絡・対応をしている。		
<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	日頃のコミュニケーションにより、本人の意向が把握できる場面がみられる。また、困難な場合には、ご家族様からの情報を参考に対応している。	1対1の会話で信頼関係を深めながら思いや意向の把握を行い、職員間で共有している。意思疎通の難しい利用者には、日頃の表情や仕草などから汲み取られ、本人本位の支援に努められている。	
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	ご家族様との情報交換を基に、把握に努めている。		
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	入所後1ヶ月間は、24時間行動調査表による記録によって、把握に努めている。その後は、ケース記録を使用している。		
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	家族との話し合いの場がないままの介護計画となる場合が多いが、定期的なモニタリングによる介護計画の変更を行っている。	日頃の会話から利用者の意向を把握し、家族、主治医の意見も取り入れ、介護支援専門員を中心に職員皆で検討し、現状に即した介護計画が作成されている。また、定期的なカンファレンスが開催され、目標が共有されている。	
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	ケース記録等で情報を共有し、検討・実践している。		
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	必要に応じ、可能な限り対応している。		

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	外出支援等、地域資源を利用することで、暮らしを楽しむことのできる支援をしている。		
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	ご家族様の付添での受診においては、介護情報提供表を作成し、現状の症状報告ができるよう支援している。	受診は家族の付き添いを基本とし、家族にも現在の状況や病状を理解していただいている。介護サマーなどの情報提供が行われ、医療機関との連携にも努められている。	
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	併設デイサービスの看護師や、契約している訪問看護ステーションの看護師に協力を依頼し、定期的に症状の変化を報告している。		
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	病院との情報交換・相談を行い、連携に努めている。緊急時に対応して下さる病院もある。		
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	重度化した場合には、ご家族様と相談し、特別養護老人ホーム等、他施設への入所紹介を行っている。	早い段階から話し合いの場が持たれ、事業所としてできることと出来ないことの説明が行われている。状態の変化に応じ、適切な医療機関や他の施設へ繋げるよう支援され、利用者・家族が安心できるよう努められている。	
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	法人主催の研修会にて学習している。		
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	避難訓練・夜間災害想定の特集訓練を実施しており、地域の方との防災協定を締結している。 地域住民参加の避難訓練を実施している。	年3回、通報・避難・消火訓練が実施されているほか、夜間を想定した訓練が行われ、職員の夜間招集も行われている。運営推進会議の中で、地域の協力について話し合いが持たれ、近隣住民の参加協力者が増えるなど、協力体制を築かれている。	定期的な避難訓練が行われ、地域の協力体制も作られています。今後は災害発生時の役割分担や誘導の方法、避難場所の確認など、より具体的な訓練を実施することに期待します。

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
<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	人生の大先輩として、尊敬と敬愛の念を持ち接し、プライバシーに関する個人情報も規定に基づき管理している。	トイレの開放を希望する利用者には他の利用者の目に触れないトイレへ誘導するなどの配慮がなされている。また、外部の目に触れるものには個人の写真を掲載しないなど、個人情報やプライバシーの確保に努められている。	
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	入居者一人ひとりのサインを見逃さず、受け止める努力をし、その方にあった対応をしている。		
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	起床時間や食事時間等、その方の生活リズムを考慮した支援に努めている。		
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	馴染みの美容室に出かけている。 重度化により美容室への外出が難しい方に対し、訪問理美容サービスを導入し、カットやカラーを楽しんで頂いている。		
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	盛り付けや食器の片付け等、出来る範囲で一緒に行っている。	利用者の個々の力に合わせて、おしぼり作り、盛り付けや食器拭きなど職員と一緒にされている。また、調理レクリエーション(クッキング)としてメニュー決めから買い物、調理まで楽しめるよう企画され、食事を楽しむことのできる取り組みが行われている。	
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	食事・水分摂取量の記録をしている。また、水分を自ら摂取出来ない場合は、一部介助を行う。		
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	毎食後の対応は困難であるが、可能な限り個別に対応している。必要な方には定期的に訪問歯科を受診している。		

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	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、心地良い排泄支援に努め、自立に向けた支援を目指している。	排泄チェック表を基に、定時の誘導やタイミングを見ながら、トイレで排泄できるよう支援されている。トイレ以外の場所で排泄してしまう利用者には、混乱への配慮としてトイレの代わりとなるものを工夫し、安心して排泄ができるよう支援をされている。	
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	水分摂取量が低下してしまう場合には、ゼリーや好みの飲み物を摂取することで水分量を維持し、便秘の予防に取り組んでいる。		
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	職員配置上、入浴時間を定め実施している。	毎日入浴希望の対応も可能であり、利用者の希望に応じた支援が行われている。併設のデイサービスの大きなお風呂が利用でき、温泉気分が味わえるなど、入浴を楽しまれている。また、リフトの設置もあり、安全に入浴できるよう支援されている。	
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	日中においても、状況に応じて休養が必要かと思われる方に対しては、臥床させている。		
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	処方箋をファイルし、把握に努めている。また、毎月実施される訪問診察により、医師・薬剤師へ症状の変化を報告している。		
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	アセスメント作成時のご家族からの情報収集を基に支援している。		
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に支援している	日常的に外出支援は行えていない現状であるが、計画に沿って支援している。喫煙者への対応等は、毎日時間を定めて実施している。	さくらなどの季節の花見、道の駅、ペットジョップやホームセンターなど希望に応じた外出ができるよう支援されている。家族協力による散歩や外食などの支援も行われている。	外出は利用者にとっても楽しみのひとつであることから、ユニット間の職員の配置などを工夫し、日常的な外出ができるよう取り組ま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	金銭管理が可能な方へは、買物の際、お金を所持したり使えるように支援しているが、基本は職員による立替での対応をしている。		
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	ご希望があれば支援している。		
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	共有の生活空間は、家庭的であり、季節感を感じられるよう努めている。また各居室と廊下の空間にはカーテンを設置し、プライバシーの配慮をしている。	季節が感じられるような装飾や利用者の作品が掲示され、暖かみのある共用空間づくりがなされている。利用者同士の会話が弾むよう席の配置もまめに変更するなど、落ち着いて過ごせるよう配慮されている。入り口のベンチでは1対1で会話ができ、利用者との個別の対応にも活用されている。	
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	食堂(フロア)にて各々が自由に過ごせる場所が提供されている。 また、玄関前にベンチがあり、職員と入居者と一対一で話せる場もある。		
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	在宅での生活環境を重視し、施設備付けの家具ではなく、入居前まで使用していた物品をお持ち頂くよう依頼している。ベットと布団を選択でき、仏具の持ち込みも可能である。	入居前の使い慣れた家具、家族写真や植物、ラジオなど思い思いのものを持ち込まれている。危険と思われるものは、家族と相談しながら他のものへの交換や撤去するなど、安全面への配慮もなされ、居心地良く過ごせる居室作りに努められている。	
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	入所時、居室入口に個々の表札を掛けたり、手作りの作品や、写真を貼り、居室の認知に繋げている。トイレには分かりやすいよう大きな表札をつけている。		

(別紙4(2))

事業所名:在宅ケアセンターきらら  
グループホームぬくもりの家

## 目標達成計画

作成日:平成 26年 5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	35	年1回、近隣住民の方と施設職員の合同避難訓練を計画・実施しているが、近隣住民を交えた災害発生時の役割分担や避難方法は明確に出来ていない状況。	災害時の協力体制を、日頃から地域の方に呼びかけ、災害への意識を地域の方と共有するとともに、近隣住民を交えた役割分担や避難方法を確立し、より具体的な対策(避難訓練の実施)に繋げていく。	合同避難訓練への参加を呼び掛ける。施設職員と地域の方の役割分担や、入居者や状況に応じた避難方法を明確にする。地域の方へ向け、入居者の身体状況等、施設内設備等知って頂くため、見学会を行う。	6ヶ月
2	49	計画に沿った外出支援は行えているが、日常的な外出支援は行えていない状況。	ご家族への協力を仰ぐとともに、ユニット間の連携や職員配置の工夫により、外出可能な体制を整え、入居者に気軽に外出を楽しんでいただく。	引き続きご家族の協力も得られるよう働きかける。 3ユニット合同で外出支援の方法や時間帯について検討する。 職員の側も気軽に外出できるよう、社用車の使用方法について再度研修する。	9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。