

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	1192300091		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	サポートセンター広沢 グループホーム広沢		
所在地	和光市広沢1-1		
自己評価作成日	平成27年3月10日	評価結果市町村受理日	平成27年4月24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.kaijokensaku.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kan=true&JigyosvCd=1192300091-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103
訪問調査日	平成27年3月20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)】

地域から孤立しないよう市のイベントの参加や施設内の行事のお声かけをさせて頂いている。また、共同生活の中から、利用者の残存能力を導きだし、できる事を行っていただきながら認知、身体機能の低下予防に繋げている。
ご家族との関わりにも重点を置き、いつでも面会ができるよう配慮し、職員一人ひとりがご家族へご利用者の状況をお話できる体制にしている。
そして、グループホームご利用者、職員がファミリーのように日々楽しく暮せるよう支援させて頂いている。

【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)】

●全職員により利用者全員のアセスメントがなされており、意見の集約が細やかなケア・柔軟な対応に繋がっている。
●往診前にFAXや電話にてあらかじめ情報を提供するなど医療機関との密なる連携がとられている。訪問看護の利用・かかりつけ医への同行受診など連携しながら利用者の健康維持・管理に取り組んでいる。
●職員による地域行事への参加等地道かつ継続的な活動により、近隣との親睦が深められている。併設の地域交流事業は子どもから高齢者まで活用されており、活性化にも一役を買っている。

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)	○ 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
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	職員の共有スペースに掲示し、意識を統一しサービスの提供に繋げている。また、グループホーム職員全体で理念に基づく目標をたて、フローアに掲示し利用者に安心して生活できるよう心がけている。	「家庭的な環境」と「地域との結びつき」を重視した支援を標ぼうし、日々その実践に取り組んでいる。近隣の保育園との交流など年々その充実が感じられる。	
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	地域の防災訓練の参加、年間を通した行事の参加呼びかけを行い交流を図っている。地域交流スペースの活用により交流も目指している。	併設の地域交流スペースは、子どもから高齢者まで多様に利用がなされている。地域のお祭りや催しに参加するなど地道な活動が成果として表れている。	
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	ご家族のご相談を通して、今まで学んだ認知症の方の理解や支援の方法をお伝えしている。また、うえるかむ事業のサポーターさんへ認知症の方の対応について説明等行なっている。		
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	委員の方のご意見、ご要望を開催月のミーティング時に報告しサービスの向上に繋げている。	行政・地域包括支援センター・自治会・家族等が参加し、2か月に1回開催されている。プロジェクトにて日常の様子を見てもらうなど工夫した取り組みがなされている。	
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取り組んでいる	毎月利用者状況を市へ報告している。また、新入居の相談等を市役所、包括支援センターにさせて頂き連携も密に行なっている。	日常より電話にて頻繁に連絡が取られている。連携した取り組みは利用者および地域福祉へ資する活動に繋がられている。	
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	マニュアルを閲覧できるようにしている。また、職員間の連携を蜜に行い、センサーマットなど活用し、鍵のあるドアは施錠せず対応をしている。	適切なケアについて職員間での話し合いや管理者よりの指導がなされており、事業所としてケアの統一が図れるよう取り組んでいる。	
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	入浴時のボディチェックを行なうよう指示し、報告や職員間での申し送り等を蜜に行なっている。また、マニュアルを閲覧できるようにしている。		

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	自立支援については、利用者個々のケースについて各自学び支援している。後見人制度を利用している利用者について職員間で共有し学んでいる。また、必要性がある利用者については、市、担当の包括支援センターに相談等している。		
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	新規契約、解除、再度確認等を行う場合、ご家族、利用者に契約書、重要事項説明書等用い説明、同意を得ている。		
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	日常会話の中から、利用者の意見をお聞きし、ご家族の訪問時には管理者、居担が歩み寄りお話しさせて頂き意見、要望を伺い反映している。また、運営推進会議にて報告させて頂いている。	面会時には日常の様子を家族に伝え、安心してもらえるよう取り組んでいる。また家族の立場に立って考えるべく職員への指導がなされており、なるべくホームに足を運んでもらえるよう配慮に努めている。	家族へ日常の様子を伝えるため「広沢だより」を送付している。送付回数増加を検討しており、実現が期待される。
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	ミーティングやヒヤリングの機会に得た意見や提案を実践している。	毎月1回、職員が集まりミーティングが開催されている。重度化に対する話し合いや利用者のケアに対する問題提起などがなされている。	
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	個人面談を行い、環境整備を行なっている。		
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	職員個々の介助力やケアの力量は、共に介助を行い把握している。法人内の研修や外部研修については斡旋していく予定。		
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	市内同法人事業者との意見交換会を行なっているが職員の参加が現在少ない状況にある。活動や勉強会に繋げ参加を促し、サービスの質の向上に繋げていきたい。		

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	マンツーマンにて話を傾聴している。又、傾聴時間を長く持ち安心して生活できるよう努めている。		
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	ご家族のお話を傾聴し、その中から不安や困っている事について深くお話させて頂いている。また、内容について全職員が共有す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	グループホーム内のサービスを説明させて頂き、他のサービスについても状況を見極めし、対応させて頂いている。		
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	共同生活の中で、個々の得意とする分野を積極的に行なって頂いている。その中で他利用者、スタッフ間での関係が築けている。		
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	ご家族の面会時、職員が利用者の現在の状況をお話させていただき協力いただける所はして頂いている。		
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、友人といつでも面会できるよう環境を整備している。又、散歩、買い物は利用者と共に近隣に出向いている。	友人や親せきの面会など関係継続に対して支援に努めている。生活歴の聴取から入居前の趣味も把握し、継続できるよう取り組んでいる。	お花見の際にスケッチをするなど利用者の趣味を活かした外出を思案しており、実現が期待される。
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	利用者間の関係を職員が把握し、皆で行なえるアクティビティや行事案を出し合い支援している。		

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	サービス終了時、必要時相談や支援を行なわせて頂く事を説明させて頂いている。又、包括支援センター担当者との連絡ができる状態になっている。		
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	利用者個々のペースに合わせ、日常生活の希望意向を居担と共に傾聴し、困難な場合は職員全員でケース会議行っている。	独自の様式を用い、利用者個々の状態や要望についてアセスメントがなされている。生活歴の聴取と把握がなされており利用者の意向を検討し、支援に努めている。	
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	利用者やご家族、以前の担当者から情報をいただき全職員周知し、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	日々利用者の状況を把握し、特変などは申し送りを行い把握に努めている。又、アセスメントを行い現状をミーティング時共有する。		
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	ご家族、利用者に希望を伺い、全職員が、アセスメントし居担と話し合う。又、医療関係者にも情報を頂介護計画を作成している。	項目が設定された様式が策定されており、これに従い、職員全員が全利用者に対して意見等を書いている。これらとモニタリング結果・ケース検討会議を参考にしながらケアプランが策定されている。	
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	日介護経過記録を利用し、全職員が情報を共有しケア等に繋げている。又、介護計画に反映している。		
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	利用者やご家族の状況に応じて、医療機関や包括、市など連携体制ととっている。		

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	傾聴ボランティアなど受け入れや、市民まつり他地域の交流を図り、交流と関わりを大切にしている。		
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	利用者、ご家族の希望に添った受診体制をとっている。急変時には、職員が早急に対応をし報告している。ご家族が受診された場合は、情報を必ず頂くようにしている。また、主治医との連絡は密に取らせていただいている。	往診の前には前もってFAXや電話にて状態・状況を連絡している。訪問看護の利用・かかりつけ医への同行受診など連携しながら利用者の健康維持・管理に取り組んでいる。	
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	訪問看護ステーションと契約をしている。週/2ご利用者様の身体状況をお伝えし、看護師から早期の報告で適切な受診ができています。職員が指示を仰げるよう周知し、急変時には、対応できるようにしている。		
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。	ご家族に入退院の準備と対応についてお伝えしている。また、いつでもご相談を受けられ医療関係者に情報提供をいただけるよう努めている。		
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	ご家族、医療関係者を含め担当者会議をひらいている。利用者の身体状況により毎回開催している。また、職員に担当者会議やご家族の意向を共有し支援している。	重度化と終末期の支援に対しては指針の作成・同意の提出等ホームでできる支援について説明がなされている。医師との連携を図りながら最善の支援に向けて取り組んでいる。	
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	マニュアルを閲覧し、救命処置法の訓練を各職員に周知、訓練を行なっている。また、ケース事の対応を随時職員間で共有している。		
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	地域の防災訓練に参加し、年2回防災訓練を実施。また、協力体制を構築できるよう自治会長他お声かけをさせて頂いている。	併設の小規模多機能型居宅介護と合同にて、夜間・火災想定を中心とした避難訓練が実施されている。指示命令系統に対する見直しがなされるなど更なる整備に取り組んでいる。	

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	各利用者の生き方を尊重し、馴れ合いの関係になっていないか意識し、声かけ等が気になる場合は職員間で注意できる環境づくりをしている。	親しい中でも慣れ合いの関係にならない雰囲気づくりがなされている。適切な接遇・プライバシーを確保したケア・トーンに配慮した声掛けなどの実践に努めている。	
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	日常会話から、利用者の思いや希望を伺っている。居担には、日ごろから利用者に関わり持ち、思いが汲み取れるよう周知し、各職員で共有する。		
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	業務に囚われがちにならないよう、各利用者のペースに合わせて毎日過ごしていただけ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	訪問美容を導入している。利用者自身が美容師に希望が言えるように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事作りは、利用者一人ひとりが得意とする分野に分担し、皆でできるよう行っている。外食等利用者の希望も伺い取り入れている。	食材の買い出し・配膳・下膳・野菜の皮向きなどできることはしてもらい、「皆で楽しむ食事」が実践されている。「一人ひとりのペースを大事にした」・「食欲を喚起しながら」食事の提供がなされている。	
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	一日の水分摂取量を記録し、少ない利用者に関してはゼリー等工夫し提供している。栄養バランスは、管理栄養士や医療関係者から指示を仰ぎ支援している。		
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	毎食後の口腔ケアは徹底している。自身で行えない利用者やしっかりとケアできない方には、歯磨きシートを使用し、声かけ、見守りし清潔保持に繋げている。		

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	各居担の職員が排泄についてアセスメントし、ミーティング時に報告し職員間で案等を出している。モニタリングも同時に行い、各利用者の自立に向けた排泄ケア法を記入し職員間で共有し支援している。	利用者ごとに排泄支援に対する方法や注意事項について記した様式が策定されており、これらを活用しながら利用者一人ひとりに沿った支援となるよう取り組んでいる。	
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	日々の排便チェックを記録し、医療関係者と連携し対応している。また、原因は何か職員間で意見交換を行い、飲食や運動の工夫も共有しながら支援している。		
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	入浴表を利用している。入浴日は指定しているが、利用者の体調や気分、希望に合わせて変更し支援している。	入浴実施日を決め、利用者の清潔保持を支援している。利用者の希望も考慮しながら柔軟な対応に努めており、「ゆったりと湯船につかってもらえるよう」「リラックスしたひと時をすごしてもらえるよう」努めている。	
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	ご家族に利用者の生活習慣を伺い、個々の良眠できる環境とリズムを職員間で話し合う機会を持ち共有し支援している。		
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	現在の病状や薬に対する理解を職員に周知できるようファイルにしている。服薬については、確実に内服できるようアセスメントを随時行っている。体調の変化を早期に発見できるよう職員間の申し送りは徹底している。		
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	利用者個々の得意とする事を見出し、趣味としていた事を行い楽しめるように支援している。また、季節感を感じられる行事を行なっている。		
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	利用者の個人の買い物については、利用者の体調に配慮しながら買い物の同行をしている。また、季節ごとにお花見やピクニック等年間を通して外出の機会を作り支援している。家族や地域の方のお誘いも検討している。	利用者の体調と意思を尊重しながら近隣の公園への散歩や買い物に出かけている。花見や初詣など季節を意識した年間の外出計画が策定され、実施されている。	

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	1名のみ後見人さんと利用者の希望により事業書でお金をお預かりし希望の物を購入している。買い物の際は、同行している。		
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	お手紙については、利用者宛の物はお渡し、お返事について返信の希望がある時のみ対応させて頂いている。また、電話について、希望時のみ対応している。		
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	共有スペース(フロアー)は、季節の物を利用者と共に作成し掲示している。また、共有物(トイレ他)は利用者の状況にあわせ配置や室温等配慮している。	「食事の際には音楽を流す」「ゆったりと座れるソファを配置する」など利用者がリラックスして過ごすことができる環境を整えている。利用者の制作物の掲示はリビングに季節感と彩りをもたらしている。	
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	ソファやテーブルの配置を工夫し、利用者が心地良く過ごせる様にその時々に変えている。		
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	居室内は利用者ご家族で、過ごしやすいように配置等していただいている。	居室には、テレビ・仏壇・たんすなどが持ち込まれており、個人のスペースが確保されている。職員と一緒に掃除をするなど清潔も保たれている。	
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	行動を制限しないよう自由と安全に配慮している。また、脱衣所は一般家庭同様になっており、利用者の状況に応じて対応している。		

目標達成計画

作成日: 平成27年4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	10	利用者の近況を伝える機会が減少しつつある。利用者の日常生活と現状をご家族へ情報の提供。	利用者家族がグループホームでの状況を知る事で安心できる。	・広沢だよりの送付回数の増加。 ・ケアマネージャー、居室担当から利用者の最近の様子を月に1回家族へ報告。	12ヶ月
2	13	利用者と職員が接する上で、振り返る機会を持つ事ができない。	各職員が利用者の対応法やケア等構築する事ができる。	・月末に各自利用者との接した事やケア等を振り返りシートに記入。 ・月例ミーティングにて報告、ディスカッションを行う。	12ヶ月
3	20	施設外との接触が実現化されていない。	年間行事の参加呼びかけ強化。外食の計画と実行。	・行事計画の早期作成。 ・ご家族、保育園等への呼びかけ。 ・月に1回ごちそうメニュー作りと外食を盛り込む。	12ヶ月
4					ヶ月