

### 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	1171100702		
法人名	社会福祉法人 敬愛会		
事業所名	グループホームきらら(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30年1月10日	評価結果市町村受理日	平成30年4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	<a href="http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do">http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do</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30年1月25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>* 落ち着いた家庭的な雰囲気のなかで快適に生活出来る</li> <li>* デイサービスとの複合施設である機能を有効に活用し、一般浴槽以外にもリフト浴や機械浴の利用や、パワーリハビリテーションの提供も可能となっている。</li> <li>* 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。</li> <li>* 音楽療法士の指導による音楽療法を月に2回提供している</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>・昨年全面リフォームが行われ、心理的にも「ほっと」できる新たな空間が設けられ、落ち着いて過ごせる環境づくりをされている。また、併設するデイサービスと合同で社会交流のできる場面作りをテーマにイベントを企画し、開催をするなど、利用者が地域の一人として暮らせるよう取り組まれている。</li> <li>・運営推進会議では、行政や地域の有識者、家族等の参加を得て定期的開催され、事業所の取り組みや地域情報などについて意見交換がなされ、その内容は事業所運営に活かされている。</li> <li>・目標達成計画についても、災害時の物品リストを再確認し、必要なものをすぐに持ち出せる環境を整備されたことから、目標が達成されている。</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、その時々々の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	年度末に次年度の事業計画を説明する機会を設け、理念や目標の共有を図っている。	認知症であっても尊厳を大切に、住み慣れた地域の中で当たり前暮らせる理念が日々の実践に繋がられている。年度末の話し合いや人事考課などの機会に理念について確認がなされ、職員の意識の統一が図られている。	
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人として日常的に交流している	地域の行事(お祭り、餅つき会)への参加や子供会の行事(お祭り、ラジオ体操)等に協力している。避難訓練も近隣の方と共にやっている。	地域に向けたリハビリ研修の開催、ラジオ体操や子供神輿の休憩所に場所を提供するなど、地元のイベントや事業所の行事に合わせた付き合いがなされ、地域に開かれた事業所としての取り組みが実践されている。	
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	認知症ケアではないが、近隣住民を対象としたリハビリ研修会を開催した		
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。	利用者の様子を写真で伝えたり、事例検討会の内容を発表するなど、事業所の取り組みについて理解が深められ、出された意見や提案がサービス向上に活かされるほか、民生委員や地域包括支援センターからの地域情報提供があり、情報交換の場となっている。	
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	適宜連絡を取り合っている。	運営推進会議に地域包括支援センターからの参加を得て、連携が図られている。市の担当者からは空き室状況の確認や福祉課との連携、社協を通してボランティアの受け入れ相談があるなど、相互に協力し合える関係が築かれている。	
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	身体拘束廃止マニュアルがあり、研修を行っている。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。	身体拘束をしないケアや虐待防止の研修が定期的実施されている。スピーチロックやドラッグコントロール、不適切ケアなど、身体拘束をせずに過ごせる方法について職員皆で話し合い、理解を深められている。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止についての研修を開催し、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	権利擁護について学ぶ機会や研修を設けておらず、職員一人ひとりがどこまで理解しているのか把握できていないが、理解に乏しい状況である。		
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、1項目ずつ十分な説明を行い、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。	法人の顧客満足度アンケートを通して寄せられた意見や相談は第三者委員会で話し合わせ、運営に反映される仕組みが作られている。食事や外出希望など利用者からの意見、家族からの受診時の送迎の要望などには、迅速な対応をされている。	
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	定期的に関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。	旅行などのイベントは若手職員の企画により実現され、職員が役割や責任を持った業務が行えるよう取り組まれているほか、職員の個人的な相談事にも耳を傾け、働きやすい環境づくりに努められている。	
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	久喜市グループホーム協議会に定期的に出席しているが、管理者のみの参加となっている。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、生活リズムの把握によって、少しずつ信頼関係を高めることに努めている。		
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	入所前の事前面談でご家族のニーズを把握に努めている。また、面会等にいられたご家族からの要望等を確認し、関係づくりに努めている。		
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	入所申込の段階で、グループホーム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おり、居宅のケアマネにつなげている。 当施設において出来ることと出来ないことの説明を行っている。		
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	職員や他入居者とのコミュニケーションを大切にしている。 その方の出来る事を見極め、一緒に行えるよう支援していく中で関係を築いている。		
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	定期通院等、可能な限りご家族に関わっていただく機会を設け、ご協力頂いている。		
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	外出の機会を大切にしている。 家族や友人との交流においても、面会時写真を撮ったり、お手紙・電話で話したりと工夫し、関係が続けられるように支援している。	今までのかかりつけ医の受診の継続、家族との旅行、定期的に自宅に帰られる利用者がおられるなど、馴染みの人や場との関係の継続をされている。また、ボランティアとの交流やユニット間の行き来で他の利用者と親しくなるなど、新たな馴染みの関係も築かれている。	
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ご利用者が関わり合い、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、職員が間に入り、互いに支えあう場面がみられる。		

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。	日頃の様子を観察し、食事が食べづらそうだったら刻みの食事を提供するなど、その人のその時々状態をみながら対応されている。また、コミュニケーションが難しい利用者とは、声かけ時の反応などから興味のあることなど推し量られている。	
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	入所前のアセスメントにて把握に努め、入所後も本人との日々のコミュニケーションを通じて把握に努めている。		
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	ご家族からの要望や本人の日々の生活状況をもとに介護計画を作成し、定期的なモニタリング(半年毎)による介護計画の変更、ご家族への説明を行っている。	居室担当制のもと、担当職員からの情報やユニット会議で出された意見を基に、医療関係者からの助言も取り入れた介護計画が作成されている。プランはケース記録と一緒にファイルされ、支援内容に沿ったケアが実践されている。	
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	ケース記録や申し送り等で情報を共有し、改善すべき点があればその都度、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	本人の状態、ご家族の意向等に合わせ、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	ADLの低い方が大半であり、施設内での生活が中心である為、課題となっている。		
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	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。定期的に本人が受診できるよう、通院の支援を行っている。	家族の関わりが大切であるとの考えのもと、今までのかかりつけ医の継続を推奨されており、日頃の様子は書面を用いて医師との情報の共有が図られている。利用者の重度化が進行に伴い、職員による送迎が行われるなど、家族の負担軽減への配慮がなされている。	
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	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、指示を仰いだり、処置をしていただいている。		
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。		
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	重度化した場合には、ご家族様と相談し、特別養護老人ホームへの紹介が中心となっている。	入居時に重度化や終末期について事業所の方針の説明が行われ、事業所としてできる限りの対応に努められている。状態変化時には、嚥下や医療行為等を基準に、医療機関と相談しながらその後の方針を共有されている。	
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	急変時や事故発生時の対応について研修会を開催している。 ご家族様へ緊急時の連絡先や希望搬送先の確認を毎年行っている。		
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	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2回の避難訓練は利用者や地域の方の協力を得ながら実施されている。防災マニュアル、連絡網、役割分担、持ち出し物品、備蓄などを整備するほか、法人としての防災マニュアルの整備も行い、いざという時のために備えられている。	災害は予測不可能なことで、職員だけの避難誘導には限界があると想定されることから、地域住民との協力を得ながらいざという時に適切な行動が取れるよう、継続的な取り組みに期待します。

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	理念に沿った対応(人生の大先輩として、尊敬と敬愛の念を持ち接する)を大切にしている。 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。	ティッシュペーパーを箱一杯に詰め込んでいないと気が済まない利用者やトイレの手すりのつかまる位置にこだわる利用者など、職員目線ではなく利用者の気持ちに寄り添い、利用者が納得できるよう、得られた情報を大切に職員間の共有に努められている。	
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	分かりやすい言い回しや、ジェスチャーを交えたコミュニケーションで働きかけている。		
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	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けている。		
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	食事の準備が出来る利用者が現在不在となっており、下膳程度となっている	状況に応じてミキサー食やペースト食などの利用者ごとの食事形態や、大盛や薄味などの好みも把握し、美味しく食べていただくよう支援をされている。また、季節料理やおやつ作り、外食など楽しめる企画が実施されている。	
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	食事・水分摂取量の記録をしている。 本人の好まれるものを用意し、食事・水分量の確保に努めている。		
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	起床時と就寝前には必ず行っていただけるように声かけし、義歯使用者は定期的に洗浄剤を使用している。また、ご家族の要望や、必要に応じて訪問歯科を利用している。		

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、定期的に誘導時間や排泄用品を変更する等、自立にむけた支援を行っている。	適切な声掛けや誘導を行うことで日中はトイレ排泄を原則とされている。また、それぞれの利用者の排泄状況に合わせ、排泄用品は適切なサイズや種類を選択し、失敗や不快な時間を減らすことに留意をされている。	
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、好みの飲み物を提供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。また、医師へ報告し、下剤の使用・調整を行っている。		
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	職員配置上、基本的には入浴時間を定め実施している。(失禁等が合った場合は都度対応している)	その日の体調や気分に合わせて、拒否や不安の訴えにも耳を傾け、気持ち良く入浴を楽しめるよう配慮がなされ、湯温やゆっくり湯に浸かりたいなど、それぞれの希望や生活習慣を大切に個々に沿った支援が行われている。	
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	日中帯と夜間帯のメリハリを付け心地よく休んで頂け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	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	生活歴を活かした役割や趣味活動の参加などの支援に努めている。日々のコミュニケーションの中から、楽しみごとを増やせるように努めている。		
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	計画に基づく外出支援が主となっている。	買い物や季節の花見、地域の催し物への参加、家族協力のもと食事や旅行に行かれる利用者もおられるなど、外出の機会を多く持てるよう支援をされている。その他、外出ができない時には隣のユニットや併設のデイサービスに行つて気分転換を図られている。	

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	金銭管理が難しい方が多く、基本は職員による立替での対応となっている。		
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	家族への年賀状を書いて頂いている。また、ご家族や友人からお手紙を頂いた際は、お返事を本人とともに書いている。希望時、電話出来るよう支援している。		
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	季節の花や手作りの装飾品、写真などを貼り、家庭に近い環境を心がけている。	昨年全面リフォームが行われ、明るく清潔感の感じられる空間が広がり、居室の前がフロアだと心理的に負担があるとの考えにより、廊下とフロアの床の色合いを変えるなど工夫をされている。シンプルではあるが、季節の感じられる装飾がほどこされ、利用者のくつろぎの場となっている。	
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	リビングに椅子を配置し、気の合った入居者同士で過ごせるようにしている。 食事の席を会話はしやすいよう、配置を都度変更し、入居者同士のコミュニケーションを図っている。		
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	各居室には使い慣れた家具や生活用品などの配置をお願いしている。	使い慣れた古い筆筒や鏡台などを持ち込まれ、その人らしい居室作りを支援されている。筆筒の衣類の出し入れや物の位置を頻繁に変えるなどの行動にも、利用者の大事な時間と捉え、自由に過ごしていただいている。	
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。		

事業所名 グループホームきらら(ぬくもりの家)

作成日: 平成 30 年 3 月 29 日

## 目標達成計画

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	地域住民の皆様との共同による災害時の避難訓練を実施しているが、火災時の訓練にとどまっているため、今後は様々な場面を想定した訓練の実施が必要。	備蓄の炊き出し訓練等の実施を計画してみたい。	10月に実施予定の避難訓練において、地域住民の皆様へ備蓄食料の保管状況や炊き出し訓練等の内容を説明したい。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月