

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	1174500973		
法人名	医療法人社団明和会		
事業所名	おぶすまの里		
所在地	埼玉県大里郡寄居町牟礼1510		
自己評価作成日	平成24年12月10日	評価結果市町村受理日	平成25年3月5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_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=1174500973-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区北浦和3-6-9		
訪問調査日	平成25年1月22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)】

豊かな自然に囲まれ、秩父連山の霊峰を望む環境のもとで、ゆっくりと流れる時間をのんびりと気軽に過していただいている。
グループホームに入所されている利用者様には地元出身者が多く、併設するデイサービスの方達との交流も楽しんでいる。

【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)】

○併設されている診療所による回診、デイサービスとの交流など法人内の連携により、安心かつ多様なサービスの提供が実現している。○木を多く使った室内の装丁、両ユニットとも1Fにあり広く確保されたスペース、自然に囲まれ恵まれた立地など、落ち着いて生活することができる環境が整えられている。○入居者一人ひとりを尊重したケアができるよう、その思いを受け止める包容力と安全を見守る目を持った人材の養成に取り組んでいる。

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	一人ひとりの個性を尊重する事業所の理念に基づいて、職員全体で確認し、利用者のニーズに取り組んでいる。入所時に理念、心得を施設長より研修を実施している。	グループホームでのケアについての理念が掲示・周知されている。入職時には施設長より職員としての心得や接遇についてテキストに基づき指導がなされている。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	毎年恒例のふれあい祭りへの参加と昨年からのコミセンの文化祭への参加、地域の道普請の参加の他、防災訓練への呼びかけ等を実施している。	行事・作品展・近隣清掃・防災訓練などに参加し地域との協調を図るよう努めている。また近所の方から野菜やユリの花ををいただくなど心温まる交流がはぐくまれている。	
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	実習生の受入を数ヶ所の分野より実施している。デイ、居宅、GHと協力のもと緊急時のショート受入の実施もある。又、家族の面会時、外出、外泊時に支援のアドバイスをしている。		
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	第三者評価の結果をふまえての話し合いを実施している。隔月に状況報告、委員よりの意見助言をいただいている。防災訓練も参加してもらっている。	家族代表・地区の方々が参加し、活動報告や今後のスケジュールなどを中心に話し合いの場が持たれている。	
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	推進会議で包括支援センター職員の出席の基に助言、情報をいただいている。	行政・福祉事務所等とは報告・相談など双方から必要に応じて連携がなされており、入居者にとって最善の利益となるよう関係が構築されている。	
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	玄関の施錠は、基本的にはしないが、状況に応じ家族の了解の基、施錠することもある。身体拘束について理解を図っている。	入居者一人ひとりおよびホーム全体の状況を鑑みながら施錠や装具の装着が行われている。恵まれた周りの環境と広い室内、および経験に裏打ちされた見守りにより入居者のゆったりとした生活が維持されている。	
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	勉強会やミーティング、施設内研修等を実施し、理解や取り組みを図っており、不適切なケアについての話し合いが実施されている。		

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
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	施設内研修を通し、職員が理解する機会を持ち、誰でも閲覧できるところに資料をおき、活用している。		
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	契約時に事業所のケアに関する考え方や取り組みについて、利用者や家族等が理解、納得できるよう説明をおこなっている。		
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	利用者や家族が意見、要望を出しやすいように、面会・来訪時等を通して信頼関係を作り、サービスの質の確保、向上に繋げている。	家族が来やすい雰囲気が自然に醸成されており、意見や質問に対しても応じるよう努めている。	
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	代表者、管理者が現場で共に仕事をする為、意見や情報を随時取り入れ、運営に活かしている。	月に1回の職員会議や職員個別の話し合いを通して入居者の状態の変化・職員間の状況・行事などの情報の共有が行われている。また夜勤の職員への配慮もなされている。	
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	職員個々の意向も取り入れ、又各自の能力に合わせた労働条件を整えている。		
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	外部での研修も取り入れ、それを元に施設内研修を行い、職員が共に学べる機会を作る。施設内研修では課題に沿って資料を作り、全職員を対象に簡単な講義を実施している。		
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	外部研修時等での同業者との交流はあるが、個別での同業者との交流は不足している。		

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
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	事前面談等で生活状況を把握し、本人の思いや不安を聞き入れ、疑問、要望がある時は、できる限り応えるようにしている。		
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	家族の求めているものや、いままでの本人のサービス利用状況を理解し、それをもとにこれからのサービス提供をどうしていくべきか話し合いをしている。		
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	本人家族等の要望、状況を把握し改善に向けてどういった支援をすればよいかを検討し必要なサービスにつなげている。		
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	利用者の趣味、嗜好、得意なことを日々の関わりの中で見だし、ともに平穏安心な生活ができるよう努めている。		
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	本人の状況を、必要に応じその都度経過連絡をして情報の共有に努め、今後のサービス提供の方向性も家族と相談の上きめている。		
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	馴染みの美容院に家族とでかけたり、地元からくる訪問美容師や接骨医の出張施術、外泊、家族と外出、併設のデイ利用者の知人との継続した交流等、楽しまれている。	近隣の方や家族との訪問が頻繁になされており、また併設されているデイサービスの方との交流も自然にはぐくまれている。	来年度同じ敷地内にデイサービスの移転と有料老人ホームの開設が予定されており、これまで同様の協調とデイサービスの移転跡の有効な利用が期待される。
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	利用者同士関係を把握し、普段の中できれいに助け合い支えあえるよう見守り、テーブルの席も調整している。		

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	他事業所に行かれたり自宅復帰されても必要に応じて、職員が訪問したり、ケアマネと連携し相談したりするなど支援につとめている。		
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	本人の希望する暮らし方、本人の意向をできる限り把握し、家族と関係者が情報を得て本人の思いにそえる生活の提供に努めている。	入居者自身と入居前の生活パターンを受容し、ホームの生活になじんでもらえるよう意向の把握に努めている。	
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	プライバシーの配慮を忘れず、本人の生活歴を知り理解につなげ、本人や家族、地域の人の力を借りながら、継続的に行っている。		
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	1人1人の生活リズムを理解し、日々の記録や話し合いから、健康面や精神面の変化に対応できるよう本人の状態を職員全体で把握している。		
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	毎月全入所者のカンファレンス、モニタリングを実施し、計画作成者は要変更時には新たに、変更ないときは6ヵ月毎に介護計画を作成し、家族に説明、要望意見を聞き、同意を得ている。	定期的なモニタリング・担当者を中心としたケアカンファレンス・日々の記録を参考に「生活をするを中心とした介護」をサポートできるようケアプランの策定に努めている。	
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	個別ファイルや、食事・バイタル・排泄等の表を用意し記録している。ケア記録は日中、夜間、医療で色を区別し見やすくしている。月末には評価を記入し実践や介護記録に活かしている。		
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	本人、家族の状況や要望に応じて、必要な支援は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	訪問美容や地域ボランティアとの協働、小学校の子供達が栽培した野菜を届けてくれる等、地域の力を借りた取組みをしている。		
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	受診や通院は本人や家族の希望に応じ対応し、安心感を図るよう心掛けている。母体の嘱託医は月1回全員の回診を実施している。訪問歯科診療も可能。受診結果は家族と連絡しあいながら共有している。	法人内の診療所より往診時には健康状態の報告やドクターからの指導がなされている。連携した対応により入居者の健康の増進に対し支援に努めている。	
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	医療法人の施設の為、利用者の変調時は施設内の看護師に伝え、迅速な対応や連携を行っている。		
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。	入院の際には、病院と情報共有を図り、定期的に見舞っている。家族とも情報交換しながら、医師、家族、職員で方針を決定している。		
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	重度化した場合には、本人家族の意向を踏まえ、サービスの方向性を確認し、医師、家族、職員で方針を決定している。看取りケアも実施している。	入居者の加齢と重度化に対しては本人の生活を第一に考えた支援に努め、家族との話し合いや確認および医師や看護師との連携を図りながら看取りケアに対しても取り組んでいる。	
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	AED及び心肺蘇生法の施設内研修を年1回、その他の研修なども行い、緊急時対応のマニュアルを整備し周知徹底を図っている。		
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	消防署立会いの訓練を含め、入居者参加で年2回、火災、地震、夜間、出火場所等様々な想定で訓練を実施している。利用者家族、周辺住民の参加も強化していく。水、食料品等の備蓄がある。	避難訓練の実施・備蓄の整備により万一の場合に備えるよう努めている。	

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
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	職員の言葉づかいや行動が気になる時は、管理者がその都度個々に注意し、申し送り簿に記載し周知している。排泄、着替え等は、さりげなく声掛けをし、支援している。	入居者一人ひとりの性格などを考慮した声掛けなど「入居者を敬う」接遇がなされている。また運営規程に秘密の保持について明記がなされている。	
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	日常生活やレク等で、本人が決める場面を作り、本人が納得した上で実行するように努めているが症状の重度化などにより意思の把握が困難な状況の時もありニーズの見極めがより必要な状況にある。		
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	デイサービスとの併設での兼ね合いもあり、日々の基本的な流れはあるが、出来る限り1人1人が自分のペースで過ごせ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	本人の意向のもとで整容し、特に意思表示が困難な方でも注意深く観察し支援している。		
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	家族が栽培された野菜の使用したり、施設で栽培した野菜を収穫して食事を楽しんだり、できる範囲で食事の準備を一緒にしている。昼食は3品から選んだり、毎土曜日はリクエストメニューもある。職員が見守り、介助と一緒に食べている。	ホームの畑でとれた野菜や頂いた食材を使ったり、時に出前をとったりと、職員や併設のデイサービスの利用者の方々と一緒に楽しい食事の時間を過ごしている。	
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	利用者の体調に合わせて量の調節をしたり、誤嚥防止や食べやすい形に刻む等工夫している。水分、食事の摂取量を記録し、バランスの良い食生活ができるよう支援している。		
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	自分で出来る方には声をかけ、出来ない方には口腔内の清潔が保てるよう、介助、見守りを行っている。		

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
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	個々の状態に合わせ、トイレ誘導、ポータブルトイレの使用、時間帯や状況によりオムツやパットを使用して排泄の失敗を少なくするよう努めている。居室に排泄表を貼り、確認している。	夜間帯で使用の装具を変えたり、ポータブルトイレを使用したり、なるべくトイレで排せつできるように支援に努めている。また誘導時の声掛けにも配慮がなされている。	
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	便秘予防に向けて、おやつに野菜を添える等している。又、十分な水分補給をこころがけている。便秘傾向の人は、必要に応じ服薬、浣腸で排泄を促している。		
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	平均週3回の入浴を実施している。個浴を原則としている。服を脱ぐことを嫌がったり、入浴を拒む人にはチームプレーによって、言葉かけや対応に工夫をしている。	広く清潔な浴室が用意されており、午後の時間帯を使いゆったりと入浴が楽しめるよう支援に努めている。	
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	生活のリズムが崩れないように、日中はなるべく活動を促し、状態により昼寝の時間を作り、昼夜逆転の防止策をとっている。		
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	服薬関連の書類を閲覧できるようにし、服薬状況や処方薬の変更を確認できるようにしている。また、施設内研修により、誤薬事故の防止を周知徹底させている。		
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	1人1人の役割や楽しみを見出し、出来る事をしていただき、感謝の言葉を伝え、活力を引き出せるよう支援している。		
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	天気の良い日は努めて外気浴、散歩を実施している。家族との外食、外出もすすめている。施設の買物時に交代で利用者も私的な買物をしている。	入居者の健康状態と天候を考慮しながら近隣への散歩や外気浴が楽しまれている。	

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	金銭の所持は、家族と本人の意向を踏まえ、施設側で管理したり、安心できる様少額の所持金をもっていただくなど、状態にあわせて支援している。		
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	家族に電話をしてもよい時間等をあらかじめ確認しておき、本人が話しができるようにしている。手紙のやりとりも自由にしている。		
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	ぬくもりと落ち着いた雰囲気のある木材を使っている空間で過ごしている。利用者と共に制作した作品、書道等を掲示して、居心地の良い生活をしている。	室内への採光に配慮した天井・広いリビングと廊下・掃除の行き届いた浴室やトイレ等々落ち着いて生活できるスペースとなっている。また職員や併設のデイサービスの利用者の明るさにより開放的な雰囲気に包まれている。	
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	利用者同士の関係等に合わせたテーブルの席や、居室のほか、少人数で過ごせるコーナーの居場所作りをしている。		
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	利用者自身が安らぎを得られるような馴染みの物や、昔からの物を使用し、使いやすい居室作りをしている。	机・テレビ・タンスなどが持ち込まれており、思い思いに過ごすことができる広いスペースが確保されている。	
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	危険防止、防災、運動の為にも、施設内の環境整備に努め、1人1人が自立した安全な生活が送れるよう工夫している。		

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	20	スペースを共有していたデイサービスの移転に伴い、その後のくん館の有効な活用法を探す。	本来のグループホームとしておちついた生活ができる空間づくりを目指す。	1日の流れが利用者様に負担がかからない様改善を図る。暮らしやすい空間のセッティング。	12ヶ月
2	20	デイサービスを利用されている知り合いとの交流が出来なくなってしまう。	地域の方々との交流をつづける。	ボランティアの参加を呼びかける。同敷地内の為、散歩時の交流等の実施。	12ヶ月
3	20	デイサービスに勤務の看護師が同じ空間内にいた為、変化時に早目に対応してもらっていたが、移転に伴い対応してもらえなくなる。	以前より密な利用者の変化に気を配り、早目の対応を心がけ、生活を支える。	利用者様の変調時、嘱託医への連絡、相談の指示、往診等で早目の対応につとめる。緊急時の連絡体制の再確認。	6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。