（別紙4）　平成　26　年度

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	1191300035		
法人名	医療法人　のぞみ会		
事業所名	グループホーム　きぼう		
所在地	埼玉県北足立郡伊奈町小室3170		
自己評価作成日	平成27年2月10日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/11/index.php

【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27年2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）】

ひろびろとした住まい
　共有スペースを含めた、ゆとりある居住空間を確保しました。
どんなときにも安心
　隣接した「のぞみ病院」が、「24時間365日」医療のバックアップをいたします。また、「看取り」についてもご相談に応じます。
「今」できることを、これからも
　長年、リハビリテーション専門病院として培ってきたノウハウを活かし、個々の入居者に応じた、運動機能や精神活動などにおける維持・向上を目指したリハビリを毎日施行いたします。

【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）】

・病院との連携体制が築かれ、充実した医療・介護が提供されている。また、主治医による毎日の回診や電話で状態確認が行われるほか、居室担当者とリハビリ職員とが常時話し合い、利用者の状態維持に努められている。
・ご家族のアンケートでも、「病院の付属のグループホームなので、健康面・医療面での心配がない事が一番ありがたいです」、「毎日リハビリをやってくれているので健康状態は維持されています」などのコメントが寄せられ、医療との連携体制や健康管理にご家族からも高い評価と満足されていることが伺える。
・目標達成計画の達成状況については、利用者の外出の機会を確保することに努められ、コンビニへの買い物企画や敷地内での外気浴、外泊などの支援が行われたこと、また、地域ボランティアとの交流や病院を通して地域に周知を図ることを実践されたことから、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№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	
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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
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

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 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	事業所理念を事務所内に掲示している。	病院併設の特徴から、充実した医療と介護を提供することを理念の第一に掲げられ、職員の理解も図られている。また、習字やｶﾗｵｹなどのﾚｸﾘｴｰｼｮﾝにより、精神的機能の向上に努められている。	
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	行事の企画として、音楽演奏等を地域の個人ボランティア及びボランティアサークルに依頼し、お招きしている。	地域のﾎﾞﾗﾝﾃｨｱによるﾏﾘﾝﾊﾞの演奏会など定期的に行われ、交流が図られている。母体の病院を通して地域にも少しずつ周知され、「ｲﾝﾀｰﾝｼｯﾌﾟ事業」への登録では、職場体験の協力など地域貢献も行われている。	
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	運営推進会議のメンバーに、地域代表者を組み込んでいるが、直接的な地域との交流はない。		
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	運営推進会議を、奇数月最終水曜日と定め、定期的に開催している。	運営推進会議には町内会と行政のﾊﾟｲﾌﾟ役を努められた方が地域の代表として参加され、地域の情報やﾚｸﾘｴｰｼｮﾝの内容について話し合いがなされ、事業所運営やサービス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	運営推進会議のメンバーに、町役場福祉課職員及び地域包括支援センター職員を組み込んでいる。	日常的な相談・連携はもちろんのこと、緊急時にｱﾄﾞﾊﾞｲｽが受けられるなど、「近い距離感」が保たれている。外部からの違った視点としての意見や提案は事業所の運営に反映されている。	
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	「身体的拘束排除に関するマニュアル」を作成し、研修を実施している。また、「身体拘束の禁止」について、入居契約書及び重要事項説明書に明記している。	手を出しすぎたり、職員のﾍﾟｰｽにならないように取り組まれ、「ﾀﾞﾒだ」の前に「何を試したか」を検討し、行動の振り返りが行われている。また、身体拘束ｾﾞﾛ推進を目指し、県主催の研修や院内研修が行われている。	
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注意を払い、防止に努めている	埼玉県及び公共団体が主催する研修会等には、積極的に参加を促し、参加した者は報告書の作成及び報告会を実施している。		

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	埼玉県及び公共団体が主催する研修会等には、積極的に参加を促し、参加した者は報告書の作成及び報告会をおこなうこととしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	家族の方に、不明な点の残らないように、話し合いや十分な説明を行うことで、理解、納得していただけるよう心がけている。		
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	運営推進会議のメンバーに、入居者及び入居者家族代表を組み込んでいる。また、面会時や料金支払時等に十分な時間を取りお話を聞くようにしている。	管理者が利用者と距離感が身近になるよう会話する機会を多く持ち、要望などを聴き取られている。家族からは、日頃のｹｱへの感謝の言葉が多く聴かれ、その信頼を裏切らないように努められている。	
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	常に職員の意見や提案を聞き、運営に反映させるように努力している。	主任がﾘｰﾀﾞｰとして、日常業務の意見や提案を集約され、判断のつかないことは管理者に伝えられ、解決が図れるよう取り組まれている。食器・ｽﾌﾟｰﾝ一つの選択でも職員の意見を尊重しながら決めている。	
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	各自が向上心を持って働けるように努力をしている。		
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	内部研修でケアの向上を図りながら、各自の希望にて、外部研修へ参加する機会を持てるようにしている。		
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	同業者との交流の機会がないため、併設している病院及び通所リハビリテーション事業所の職員との交流が持てるようにしている。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	契約の段階で、本人、家族の困っていること、不安、要望等を十分に聞かせて頂き、安心していただけるような、サービスの提供を行なうことで、良い関係づくりに努めている。		
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	家族の話をよく聞かせて頂き、不安を解消できるようなサービスを提供することで、安心していただけるような、よい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	自施設での対応が困難な場合が発生した時には、本人、家族の理解を得た上で他のサービスの利用を含めた対応ができるように努めている。		
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	共に暮らしをするもの同士としての関係を築けるように、一人一人に声がけ等をおこなっている。		
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	職員だけで本人を支えるのではなく、家族にも出来るだけ協力して頂き、共に本人を支える関係を築くようにしている。		
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	ほぼ毎日、主治医が顔を見せたり、外出などを奨励している。	毎日顔を合わせる主治医やﾘﾊﾋﾞﾘｽﾀｯﾌなどと馴染みの関係が築かれるなど、事業所が閉鎖的にならないよう支援がなされている。家族協力で自宅に帰ったり、外食に行かれるなど、馴染みの関係が継続でき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	一人ひとりの性格や、感情の変化を理解した上で、利用者同士が関わり、支え合える関係が持てるように支援している。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	当サービス利用終了者の別の家族が現在入居されており、キーパーソンの方から、「別の施設へ移したが、空きが出れば、またこの施設に戻したい」との、お話をいただいている。		
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	一人ひとりの思いや希望の理解に努め、出来る限り本人本位の暮らしが出来るよう検討している。	利用者一人ひとりの行動や言葉の特性を理解し、送られてくるｼｸﾞﾅﾙをｷｬｯﾁするよう努められている。利用者の話を傾聴する中から、思いや意向の把握がなされている。	
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	可能な限り本人から、聞き取りを行い、家族や病院職員からの情報収集をおこなっている。		
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	十分な情報収集のうえで、計画に反映させ、日々の暮らしの中から、有する能力等の把握に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人らしく暮らせるために、必要な関係者と話し合い、意見等を反映した介護計画の作成を行なっている。	ｹｱﾁｪｯｸ表、生活記録、ﾘﾊﾋﾞﾘ職員からの情報などをもとに、職員の意見も集約し、ﾎﾟｲﾝﾄを押さえたｹｱﾌﾟﾗﾝが作成されている。計画内容は主任から各職員への周知が図られ、計画に基づいた支援が行われている。	
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	個別記録の記入を行い、常に職員間で情報を共有し、実践の見直しや、計画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、その時々に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	月～金曜日午前中、本人の状況に応じたリハビリテーションを理学療法士とともに施行している。また、午後には各入居者のレベルに応じたレクリエーションを施行している。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	行事のアクセントに、地域資源やボランティア等を活用している。		
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	主治医が月2回の往診を実施している。また、緊急時には、24時間365日併設の病院がバックアップする。	主治医の毎朝の回診、夕方は電話で状態確認があり、密接な関係が築かれている。家族協力による専門医への受診も行われ、適切な医療が受けられるよう支援がなされている。	
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	往診時に同行する看護師に、日々の心身の状態や情報、気付きを、伝え指示を受けながら、利用者が、適切な受診や看護が受けられるように支援している。		
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。	緊急時には、24時間365日併設の病院がバックアップする。		
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	入居時にホームの重度化への対応方針を説明し同意をもらっている。必要な段階になった場合は、家族を含め、主治医、看護師等と十分な話し合いを行い、チームでの支援に取り組むこととなっている。	重度化した利用者に対して、どのように対応するかを理学療法士などからの専門的なｱﾄﾞﾊﾞｲｽを受ける事ができ、緊急時に職員がﾊﾟﾆｯｸにならないよう、病院に指示を仰ぐことができるなど、ﾊﾞｯｸｱｯﾌﾟ体制も確立されている。	
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	緊急時には、24時間365日併設の病院がバックアップする。		
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	消防計画により、避難訓練や防災講習を行い、利用者の安全な避難方法を確認することとしている。	母体の病院と連携を取りながらそれぞれの訓練に参加し、ﾘｰﾀﾞｰと職員の役割分担が決められている。また、消防署からのｱﾄﾞﾊﾞｲｽのもと、町内会長への働きかけも行われ、地域との協力体制作りも検討されている。	夜間の火災や地震など、様々な災害発生に備えて、職員がｽﾑｰｽﾞに動けることが大切と想定されることから、今後はﾐﾆ訓練などを取り入れながらより実践的な訓練が行えることを期待したい。

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	個々の力に応じ、声掛けや対応を行なっているが、基本的には、プライバシーを損ねるような対応にならないように努力している。	ﾄｲﾚや入浴時のﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰの確保には特に気配りがなされている。利用者一人ひとりの動きの意味や意思を尊重し、言葉使いはﾌﾟﾛとしての意識が持てるよう、ﾏﾅｰ研修などが企画されている。	
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	本人の思いや希望で自己決定に結び付けている。表わせない利用者は、表情やしぐさなどから思いをくみ取り自己決定に近づけるよう努力している。		
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し、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	職員側の都合や、利用者の都合を優先することもあるが、できる人には自分のペースで一日を過ごしていただいている。		
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	その人らしい身だしなみや、おしゃれができるようその人の力に応じ支援している。		
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	日常は、病院の栄養士が作成したメニューを提供し、職員側が準備や片付けなどをおこなっている。季節の行事には、季節ごとの食材やメニューを取り入れみんなで作成する企画を取り入れている。	主治医の意見をもとに、それぞれに合わせた食事形態で提供されている。パン食などの好みの対応、行事の際には、利用者にちらし寿司の盛り付けや飾りつけなどを手伝っていただいている。	
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	一人ひとりの食事量や水分量を記録している。また、その人の状態や好みにあわせた食事の形態に変更している。		
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	一人ひとりの力に応じた、口腔ケアの支援を、毎食後に行っている。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 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	できるだけ排泄はトイレで行なえるよう支援し、一人ひとりの力や排泄パターンに応じ、声掛け誘導を行なっている。	重度化からｵﾑﾂ使用の利用者もおられるが、ﾘﾊﾋﾞﾘ担当者と意見交換しながら、利用者、職員の負担軽減を検討し、できるだけﾄｲﾚで排泄ができるよう取り組まれている。	
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	ヨーグルトや食物繊維の多く含まれている食材を個人購入したり、往診時に医師に情報提供し、便秘予防に努めている。		
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	週2回の入浴機会を確保している。また、希望あれば、対応することも可能である。	生活習慣として入浴していただき、利用者の状態に応じ、清拭やｼｬﾜｰ浴の対応も可能となっている。入浴拒否の利用者へは、不安を感じないような対応がなされ、安心して入浴を楽しまれている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	日中は、個々の居室で自由に休息を取って頂き、夜間は、居室の室温や寝具の状態、入眠状況の確認を行い、安心し気持ちよく眠れ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	服薬時に確認をおこなっている。		
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	平日午後に各入居者のレベルに応じたレクリエーションを施行している。		
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	できる限り、本人の希望にそった、外出の支援になるよう、時には家族にも協力を求め行っている。	利用者全員での外出は難しくなっているが、気分転換が図れるよう、散歩を兼ねてｺﾝﾋﾞﾆへ買い物に出かけたり、庭のさくらの下で写真を撮るなど、利用者それぞれに合わせた外出支援が行われている。	

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	金銭管理ができる人は、小額に限り、自分で管理されている。金銭管理が不十分になっている方で、手持ちがないと不安に感じる場合には家族と相談のうえで小額の現金を持っていただくようにすることは可能。		
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	入居者本人自ら「電話をしたい」とか、「手紙を書く」ということはなく、職員を通じて家族へ伝えてほしいという依頼がある。		
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	建物の配置上不快な音は、防ぐことができない点がある。できるだけ利用者の不快感の減少に心がけ、季節感や生活感を感じて頂けるように工夫している。	日当たり、眺望が良く、季節が感じられる装飾は華美にならないよう配慮されている。「ゆとりのある居住空間の提供」が理念に掲げられ、利用者は就寝時以外の食事やﾘﾊﾋﾞﾘ、ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝなどをﾎｰﾙで行いながら、のんびりと過ごされている。	
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	ソファーや畳のスペースを設け、自由に過ごして頂ける場がある。テーブル席は身体的なことも含め、なるべくその人の居心地のよい場所になるように日々工夫している。		
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	居室には使い慣れた馴染みの物を置いて頂く等、本人、家族と相談しながら、居心地よく過ごせるように工夫している。	居室の使い方や持ちこみに制限はなく、車いすで自由に動けるよう十分な広さが確保されている。居室にはﾃｰﾌﾞﾙｸﾛｽをかけたおしゃれなﾃｰﾌﾞﾙとｿﾌｧｰなど、利用者が安心してくつろげるよう工夫がなされている。	
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	一人ひとりのできる事を理解し、その人の力に応じた行動を見守り安全に過ごせるように工夫している。		

（別紙4（2））

事業所名：　グループホーム　きぼう

作 成 日：　平成27年　4月20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	緊急時対応について、スタッフの不安がある。	特に、火災発生時の対応についてスタッフ全員が慣れるようにする。	・出来るだけ多く、避難訓練を実施し、スタッフ全員が訓練に携われるようにする。 ・特に夜間帯での対応について工夫し、訓練を実施する。	12　ヶ月
2	48	入居者の外出機会が少ない	普段の生活を工夫し、外気に触れる機会を多く作る。	・短時間でもよいので、敷地内の散歩や外気浴等、その日の気候や入居者さんの体調を考慮し始める。 ・家族などの面会時にも、敷地内の散歩や外気浴等を勧める。	12　ヶ月
3	2、3	直接的な地域交流の機会がない	グループホームの理解や認知症に対する理解を得るため、地域社会との交流を深めていく。	今後も上尾・桶川・伊奈地域雇用対策協議会が主催している、「インターンシップ事業」に登録することで、グループホームや認知症等を理解する機会を提供し、継続性を持った地域参加につなげていく。また、積極的にボランティアを受け入れ、交流を深める。	12　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。