

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	1174800597		
法人名	社会福祉法人 みな福祉会		
事業所名	グループホーム大浜		
所在地	埼玉県秩父郡皆野町皆野302-2		
自己評価作成日	令和6年10月4日	評価結果市町村受理日	令和7年1月21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	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【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	東京都練馬区東大泉3-37-2
訪問調査日	令和6年12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)】

ご利用者様、ご家族様の意向を汲み取り、個別ケアが実現できるよう努めています。施設に菜園があり、収穫した野菜を調理、提供を行っています。家事動作が可能で意欲のある方には食事の盛り付け、片付け、衣類洗濯など行って頂いています。食事は通常メニューの物から、郷土を活かした手打ちうどん、行事食として生寿司の提供もあり喜ばれています。余暇時間はおやつを職員と作ったり、編み物や縫物、共同で貼り絵などを作成し、思い思いのことをやっています。

【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)】

- 毎月の行事が企画されており、花見等へのドライブは利用者の楽しみとなっています。無理をせず、気候や利用者の体力を考慮し、外気浴などにて気分転換を図っており、日常的な外出支援となるよう注力がなされています。
- アセスメント・モニタリングなどケアマネジメントの流れが確立し、ケアプランをつなぎとして目指す支援の実践にあっています。認知症介護実践者研修修了者が多数在籍しており、寄り添う支援と意向の把握に努めています。
- 併設デイサービスからの変更など継続性に配慮しながらサービス提供がなされています。入居前からの習慣や趣味を継続できるよう家族の協力を得ながら進めています。

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)	○	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
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	『その人らしく 自分らしく ともに支え合い ともに生きる』を法人理念としている。その人らしい生活が実現できるよう、アセスメントを行っている。	玄関、ユニット内に理念を掲示し、周知を図っている。常勤比率が高く、安定した職員体制のもと丁寧な支援に努めている。	
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	コロナをきっかけに、交流は減ってしまっている。近隣の散歩を行なった際に、地域の方と意識的に挨拶をかわすなどしている。近所の方や親しかった方が併設の通所を利用時には面会を実施することもあり。	新型コロナウイルスの影響・感染防止対策から地域交流の減少を認識している。併設のデイサービス・法人内特別養護老人ホームと連携した支援により地域ニーズへの貢献を果たしている。	
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	認知症カフェを実施していた時期もあるが、コロナから休止している。		
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	外部評価での内容を共有。発生した事故についても共有。これまで日曜日だけ面会実施だったが、家族様からの要望もあり、平日の実施も取り入れた。	行政、地域包括支援センター等を招待し、定期での開催がなされている。集合とリモート機器活用のハイブリッドにてなるべく多くの方が参加できるよう工夫に努めている。	運営推進会議の活性化にあたり、近隣他事業所への運営推進会議出席ならびに本ホームへの招待を一案としている。議題の多様化などへの効果を企図している。
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	運営推進会議への参加。必要時相談などをさせて頂いている。	グループホーム連絡会にて他事業所の運営や感染対策等情報の収集にあたっている。行政と連絡をとりあい、地域のニーズへの対応にあたっている。	
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	可能な限り、身体拘束を行わない形がとれるように努めている。委員会を設置、研修会の実施も行っている。	毎年度の研修により職員に繰り返して周知し、適切なケアの実施に対して徹底に努めている。共有部分への見守りカメラの設置を検討事項としている。	
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	内部・外部の研修会の実施。不適切ケアなどないか、日頃のケアを見つめなおす機会を設けている。		

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	成年後見制度の研修を受講。介護支援専門員の更新研修でも取り扱われている内容なので知見を深めている。		
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	入所前の見学の実施。入所前と入所後に相違がないようできるかぎり分かりやすく、重要な内容は繰り返し説明するように努めている。契約も1時間以上時間をとって行っている。		
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	面会の曜日について平日も実施してほしいという要望があり平日も実施できるよう配慮。	運営推進会議等での家族からの要望を検討し、対応にあたっている。帰省や外泊については感染状況を考慮しながら検討していく意向をもっている。	家族に対しては丁寧な報告がなされている。今後はメール活用や報告書書式変更を検討事項としている。
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	グループウェアを活用し、意見が出しやすい環境づくりに努めている。適宜面談の実施をしている。要望があった場合には、可能な限り実行してみることにしている。	年度初めには、目標を説明するなど職員会議を活用しながら目指す支援の実践にあたっている。交替制勤務であることから業務支援アプリケーション等を活用しながら連携を図っている。	
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	人事考課制度に則り、自己評価から上長評価のうえ面談を行い、適正な評価が行えるよう努めている。		
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	外部研修が受講できるよう案内をしたり、勤務調整を行っている。施設内研修の実施。法人職員であれば、オンラインで受講できるシステムを導入。スキルアップの機会を設けている。		
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	グループホーム連絡会に定期的に参加している。そこでの意見交換の他、必要時に近隣の施設と情報交換を行っている。		

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
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	これまでの生活歴、生活環境を反映した生活ができるよう努めている。 入所時アセスメントをしっかりと行い、ケアに活かせるようにしている。		
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	入所に際して、心配していることなどを聞き取り、できる限り不安が解消できるように努めている。 また、配慮してほしい点なども伺うようにしている。		
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	現在の生活環境、主訴などを聞き取り必要なケアを見極め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	皿への盛り付けなどの食事の準備、食器の後片付けを手伝ってもらっている。 洗濯物をたたむ、室内の清掃を行ってもらうなど職員と協働で行っている。		
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	ケアの方針の決定など家族様の意見を取り入れながら、検討を行っている。必要物品の購入時の相談や、医療機関への受診の際など付き添い依頼し医師からの説明など可能な範囲で立ち会って頂いている。		
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	なじみの場所(墓参り、自宅など)へ行きたいなど要望が聞かれた場合には、感染対策をとるなどし、可能な範囲で支援している。 家族様と一緒に検討。	併設デイサービスからの変更など継続性に配慮しながらサービス提供がなされている。 入居前からの習慣や趣味を継続できるように家族の協力を得ながら進めている。	
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	利用者同士の性格などを考慮して食事の席を決定。共通の話題で会話ができるように職員が間に入るようにしている。		

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
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	他施設へ入所となった場合、入院となってしまう場合にも情報提供を行うように努めている。 家族様へも、退所後にも何かあれば連絡をくださいと声をかけている。		
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	ご家族や本人から聞いたアセスメントを基に、思いや希望を汲み取るように努めている。	アセスメント・モニタリングなどケアマネジメントの流れが確立している。認知症介護実践者研修修了者が多数在籍しており、寄り添う支援と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	入所に至るまでの生活歴の情報収集に努めている。担当ケアマネからもこれまでの経緯など情報をもたらしている。家族様からは生活の中での思い出に残るエピソードを聞かせてもらっている。		
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	日々の生活状況を都度記録として残している。また、その記録を職員は見返している。		
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	日常どのように過ごしているか職員間で共有。カンファレンスを行い、必要なケアを抽出し介護計画書に反映している。	作成・更新したケアプランは職員に回覧し、確認と周知にあたっている。ケアプランを職員間の支援のつなぎとし、サービスの標準化と職員の気づきに活かすよう取り組んでいる。	
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	利用者別に、日々どのようなことがあったか記録。職員間で共有し、計画書の見直しに役立てている。		
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	要望へ柔軟に対応している。 家族の過程状況によって、施設で必要物品の購入を代行するなどしている。		

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	余暇活動での様子をSNSにアップしている。		
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	訪問診療での対応可能。長年診てもらっているかかりつけ医を希望される方も居るので家族様と相談のうえ対応している。送迎は基本的に施設で行っている。	往診・受診等医療機関との連携により利用者の健康管理にあたっている。日々の健康状態記録をみてもらい、排せつなど適切な対応となるよう指示や処方依頼している。	
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	看護師資格を有する職員が配属となっている。容態変化時には相談し、医療機関への受診の必要性の判断など指示を仰ぐことあり。また、不在の場合にも併設事業所の看護師へ相談することもあり。		
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。	入院した医療機関の相談員等と密に連絡をとり、早期退院ができるように努めている。		
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	入所時に重度化した場合における指針について説明。緊急時における事前確認も併せて行っている。重度化した場合には、状況をみながら家族様と相談のうえ特養への入所をすすめる。看取りも本人、家族、医師と相談しすすめている。	重度化・終末期の支援に対して指針を作成し、入居時等に確認・説明している。支援全般および特に入浴時には転倒等安全への留意に注力している。	
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	心肺蘇生法の講習を職員の概ねは受講している。急変時のマニュアルを整備している。また、年次の研修も実施している。		
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	年2回自衛消防訓練の実施。職員研修の一つにも災害時におけるBCPについての訓練を行って。非常時に備えている。	火災を中心に定期的避難訓練を実施している。取り巻く環境や避難経路を確認し、万一の事態に備えている。	

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	入浴や排泄などプライバシーに配慮した対応を心がけている。特に入職間もない職員へ、個人情報の取り扱いについての研修を実施。家族様以外の方から問い合わせがあった場合など慎重な取り扱いをしている。	研修の実施により利用者を尊重した支援実践に取り組んでいる。重要事項説明書等に記載し、家族等にもその旨を約し、説明している。	
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	レクや行事など行った際の参加は強制していない。また家事などについても無理強いせず、行いたい方が行っている。		
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	日中は自由にご本人様のペースで過ごしていただいている。気持ちが落ち着かず、外へ様子を見に行ってもらいたい方がいらっしゃる場合には付き添うなどの対応を行っている。		
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	整容の支援を行っている。洗顔の声掛け、困難な方には蒸しタオルを使用している。口腔ケアの重要性を理解し食事毎の口腔ケアに取り組んでいる。		
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	チルパック食の提供を行っている。ご利用者様に盛り付けなどを行ってもらっている。食後の皿洗い、皿拭きなど一緒に行っている。手打ちうどんをする機会を設け、うどん打ちをお利用者にも依頼している。	訪問調査時には畳のスペースにて洗濯物たみを複数の利用者が協力して行っている姿を見ることができた。食事については量・味付け・栄養バランスなどの検討を続けていく意向をもっている。	
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	栄養バランスの整った食事提供を行っている。食事、水分摂取量が少ない方の記録をとり経過観察を行い、摂取量確保のために経過観察を行う、提供方法の検討などを行っている。		
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	毎食後に歯磨き、うがいの支援を行っている。声掛けだけでなく、必要に応じて歯磨きの磨きなおし等の援助を行う。夕食後には義歯洗浄を職員が行っている。		

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	排泄パターンなどのデータから、適切なトイレ誘導のタイミングをつかむよう努めている。可能な限り、オムツでの排泄とならないよう支援をしている。トイレの場所が理解できない方に分かりやすく表示をするなど自立支援の体制を整えている。	日々の排せつ状況はシステムに記録され、確認がなされている。自立と支援のはざまに対して丁寧に考察しながらケアを進めている。	
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	水分を多く摂って頂く。 腸閉塞を繰り返している方には、食物を刻んで提供する等している。 排泄状況を記録と残し、適宜対応している。		
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	入浴の日時は決まっているが、今日は入りたくないと言った場合は、翌日に入ってもらえるよう配慮をしている。	家庭的な浴槽にて個浴を実施している。職員の工夫にて重度化への対応がなされており、時に併設のデイサービスの設備を借りるなど思慮しながら対応を図っている。	
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	離床時間、就寝時間は極端に早い、遅いがない限り個人の自由に任せている。 居室内の温度調整、照明の明暗など時期に合わせて調整をしている。		
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	介護職員は内服薬を取り扱ううえでその内服薬の作用などを理解している。かかりつけ医の診察時には状況などを伝え、現状に合わせた適切な薬の処方をして頂いている。		
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	これまで大切にしてきたものを本人や家族様から聞き、なるべく生活のなかで取り入れられるようにしている。家事を行うことで張り合いが持てる方には積極的に依頼し、一緒に行っている。		
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	世間の感染者の状況等を考慮しながら買い物など短時間で外出をしたり、ドライブなどへ行く機会を設けている。 また、気分転換や軽い運動目的で施設周辺の散歩を行っている。	毎月の行事が企画されており、花見等へのドライブは利用者の楽しみとなっている。日常的には無理をせず、気候や利用者の体力を考慮し、外気浴などにて気分転換を図っている。	

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
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	大金はトラブルなどの懸念があるので、希望の方は少額の金銭を所持されている。通院で出かけた際に少額の買い物をしたり、施設内にある自販機で飲み物を購入する機会がある。		
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	希望があれば電話がかけられる体制をもっている。携帯電話を所持している利用者の通話のサポートなどもしていたことあり。手紙を書きたい希望の方には、書いたものをポスト投函する手伝いを行ったこともある。		
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	リビングに季節の草花を生けるなどしている。その時期に合わせた装飾を行っている。	利用者の制作物を飾るなど家庭的な雰囲気がつくられている。「2ユニットが1フロアでつながった形態・豊かな自然を一望できるリビング・廊下やトイレなどゆとりあるスペース」等々恵まれた環境の中、利用者の暮らしが見守られている。	
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	各々気の合う利用者同士で過ごせるようリビング、食事の席などを決め過ごせるように配慮している。		
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	なじみの家具や物を持ち込んでいただけることを説明している。 自室に仏壇を設置したいと希望があった方には自室に設置させて頂いた。	居室担当職員により衣替えや日常品の充足がなされている。居室は換気・採光・清掃により利用者が衛生的かつ安心して過ごすことができるスペースとなっている。	
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	トイレの場所(トイレの絵を貼るなど)、自室が分かりやすいように表記に努めている。居室についてはもちろん、リビングの生活環境については現入所者の身体状況や認知機能に応じて適宜整備している。		

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	感染症発生の懸念から、家族様の要望に応えることができないことがある。	感染症が比較的減少している時期の外出を実施できるようにする。	今年の春頃より外出が行えるように案内等の準備をすすめていく。 その様子で秋頃も行えるよう調整していく。	6ヶ月
2	4	運営推進会議の活性化、議題の多様化。	活発な議論によりサービスの向上につなげる。 利用者・家族様の満足度アップ。	近隣他事業所の運営推進会議への出席。 また、当グループホームへも足を運んでいただき、互いに参考にしていく。	6ヶ月
3					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。