

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	8070400231		
法人名	医療法人 浩悦会		
事業所名	グループホーム南風		
所在地	茨城県古河市坂間185-14 0280(47)0315		
自己評価作成日	平成28年6月8日	評価結果市町村受理日	平成28年9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 http://www.kaiyokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=0870400231-00&PrefCd=08&VersionCd=022

【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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成28年7月29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)】

入居者、スタッフが一緒に食事を作り、一緒に食事を摂り、寝食を共にすることで家族のような関係を築いている。また家族や本人の要望に寄り添った支援、それぞれ個人の能力を生かした生活支援に力を入れ、季節に合った行事を取り入れたり、ボランティアを招いたり、楽しみを増やし、毎日笑顔でいきいきと過ごせるような取り組みをしている。

【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)】

県内の主要道路より少し入り、はまだクリニックに隣接し、クリニックの院長や看護師が24時間訪問診療の対応を行っているグループホームである。理念にある時間や笑顔を大切に与え、スタッフや利用者の笑い声が絶えないホームとなっている。施設に介入するボランティアや訪問医からも、アットホームな明るい施設であると言われるなどの評価を受けている。3食の献立は利用者と共にスタッフと考えている。家族会についても定期的に行い支援に繋がっている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
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	毎朝、申し送り後にスタッフ全員でケア理念の唱和を行い意識付けを行っている	理念を毎朝唱和し、日々の支援に繋げている。利用者、スタッフ共に笑顔で笑い声が絶えず聞こえていた。	
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	地域の清掃活動への参加、こども110番の家の登録や入居者手作りのごみ箱の寄付などで小学校から行事へのお誘いを受けるようになった	施設主催の納涼祭には多数のボランティアが参加している。また、近所の方や隣接の銭湯の客が見学に来ている。専門学校生や高校生の体験学習の受け入れを行っている。自治会に加入し、行事に参加し交流を深めている。	
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	ハローワークや県社協の実習生受け入れの申請登録をしている	/	/
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	2から3ヶ月の頻度で開催し、意見交換を行っている	年6回の奇数月に行っている。民生委員、家族、行政、自治会長、派出所の職員が参加している。意見交換や情報交換を行い、サービス向上に繋げている。	推進会議のあり方を再度見直して頂き、更なる地域交流に向けた取り組みについて検討して頂きたい。
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	市介護保険課の職員の方に推進会議に出席頂いて貴重な意見とアドバイスを頂いたり、市内のグループホーム連絡会にも参加している	今年度、グループホーム連絡協議会が発足した。3か月に1回行われ、情報交換や意見交換を行っている。ホームページが開設されているが、施設内にはネット環境がなくタイムリーに確認することはない様子。連絡協議会の有効活用について検討していく。	
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	担当者会議や各委員会の勉強会を開催し意識の向上に努めている	年1回身体拘束について、勉強会を行っている。毎年、勉強会のスタッフを持ち回りにし、実践に繋げている。	

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
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	委員会で勉強会を開いてどのような事が虐待になるかをスタッフで話し合い、理解しケアに活かし防止に努めている		
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	成年後見人制度研修の参加により今後必要性のある入居者の把握の為の話し合いを持っている		
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	文章化したものを提示し読み上げ、更に納得の有無も確認し理解を得ている		
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	ご意見箱の設置と、管理者への直接的な意見として対応している	利用者からは日々の支援を通して意見を聞き反映している。家族からも面会時に意見を聞き、反映している。	
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	会議や日常の勤務内で意見や提案などがあれば発言し、その提案を申し送りして周知徹底している	日々の昼食後に担当者会議を行い、モニタリングやケアプランに沿った情報収集を行っている。参加できないスタッフは、申し送りノートなどで確認している。さらに、確認後サインをすることで、情報共有が図れると思われる。	
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	人事考課制を取り入れスタッフの努力などに対応してくれている		
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	無資格のスタッフに対して、介護職員基礎研修の受講(1名)してもらっている		
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	他のグループホームの推進会議への出席、市内のグループホーム連絡会へ参加をしている		

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	要望、不安、楽しみその他をご本人や家族に聞き誠心誠意信頼されるように努めている		
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	入居申し込み時よりご家族の抱える不安や要望を把握し、信頼関係を築くよう努めている		
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	私達が知りうる情報を全て提供し、話し合ったもとでサービス利用を決定している		
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	家族のような関係を築き、家族のように接し年上の方を敬い、家族の一員として生活できるように心掛けている		
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	面会時には居室で過ごして頂きご家族だけの空間を大切に、又美容院や外泊、外食等のご家族と外出する機会を増やすようにしている		
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	ご友人等の面会や、通い馴れた美容院への継続を大切にしている	近所の友人や家族が定期的に面会に来ている。お墓参りや外出、外泊を家族と共に行い、支援に繋げている。また、馴染みの美容室やお店の食材を購入している。	
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	一人一人の性格などもあるが各ユニットを利用者同士が行き来をし、声を掛け合ったり、助け合ったりしてコミュニケーションを図っているのをスタッフが見守りしながら、その時間を大切にしている		

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	退居時に案内や相談を受けさせて頂いている		
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	ご本人の思いや希望、意向の把握は充分にアセスメントを行っている。ご家族に分かる範囲でご本人の状況を聞かせて頂いている	日々の支援を通して思いを把握している。しかし表現できない利用者の場合は、表情や言動から把握し支援に繋げている。	
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	関係各所、あらゆる情報機関より情報提供書を頂けるようにしている。生活歴シートやアセスメントシートも作成している		
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	日々のコミュニケーションから表情や身体の状態観察を行い、必要に応じて記録を読み返し状態把握に努めている		
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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、ご家族の意見を聞いたり、担当者会議で意見を出し合い、話し合いをし実現可能な目標を立てている	6か月または随時モニタリングを行っている。また、プランに沿った記録について検討し、実践に繋げている他、日々の担当者会議を通して、情報交換やプランについて話し合い実践している。	
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	介護日誌や個別表に評価を記入し、常にスタッフ間で情報提供し、ご本人に合う計画をその都度見直している		
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	出来る限り柔軟性には心掛けており、必要に応じて病院への付き添い送迎を行っている		

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
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	地域資源を利用しての生活は難しさがあり、理想では豊かな暮らしをと思う気持ちはあるが実現出来ないのが現状である		
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	併設しているクリニックがある為、スタッフが付添い、いつでも受診でき、リハビリにも通っている。専門医の受診が必要な場合はご家族に付き添いを依頼している	3か月に1回の健康診断を行っている。遠方の受診や眼科、皮膚科の受診については、家族に依頼している。また、スタッフが同行した場合は電話連絡と介護記録に記載し、情報の共有に努めている。	定期的な受診は行わず、月に1回の診察なしの受診支援になっている。定期診察について検討して頂き、認知症の進行状況や利用者の変化に随時対応できるようにして頂く。
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	看護職員が月に4から8日の勤務の為、身体的な状態悪化が見られた場合は併設しているクリニックへ状態を報告し、指示を仰いでいる		
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。	介護サマリーの迅速な提出と共に管理者は頻繁に面会に出向くように努めている		
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	アンケートの他、その都度ご家族からの意見を聞き看取りケアを行っている	契約時に看取りについて説明している。また、状態変化が進む段階で主治医から説明があり検討している。現在、医師、看護師、家族からの情報を共有し、ターミナルケアの利用者の支援に繋げている。	
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	全スタッフが受講できるように定期的に急命講習を行っている		
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	近所の方々に協力の要請をし、定期的に防災訓練を行い、非常食の備蓄もしている。また災害時の避難場所の確認もしている	年2回の避難訓練を行っている。近隣住民との連絡協定を結び応援体制はできている。しかし、訓練時の参加は行われていない。備品や備蓄の見直しを行い支援に繋げている。災害ダイヤルの登録について検討していく。	

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	一人ひとりの人格を尊重した言葉かけや方言を使った言葉かけ、目線を合わせての対応を心掛けている。常に感謝の気持ちは伝えるようにしている	利用者一人一人を尊重して支援に繋げている。重要事項説明書の苦情受付者の他、苦情解決者の明記について検討して頂く。	
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	こちらでは決めず、ご本人が希望を出しやすいう言葉掛けを行い、スタッフで話し合い、出来る限り希望に添えるように努めている		
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	一人ひとりのペースを大切にしたい気持ちはあるが、他者との関係性などもあり希望通りに支援できない時もあるが、なるべく希望に添えるように努力している		
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	買い物と一緒にいき、好きな服を選んで購入している。日々お化粧したり毎日の洋服選びをスタッフと行う事によっておしゃれを楽しむ支援をしている		
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	一人ひとりの出来ることを把握しその方に合わせた作業を行っている。調理から配膳、片付けまで入居者が携われるように努めている	献立について、1週間分の献立を利用者と相談して決めている。食材は、献立に合わせて宅配業者に依頼している。利用者家族がボランティアでうどん打ちをして振る舞ってくれる。また、利用者も日常的に食事の準備や後片付け、おやつ作りなど楽しんでいる様子が伺われる。	
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	食事摂取量や水分量は個々に表を作成し、観察記録している		
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	声掛けと誘導と見守り。自力ケアの難しい入居者にはスタッフが介助し行っている。訪問歯科の来訪あり		

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	排泄チェック表への記入により時間の把握に努めている、またオムツやケアパンの使用には細心の注意を払い、自尊心を傷つけないように配慮している	排泄の自立に向けて、24時間布パンツまたはリハビリパンツを着用している。車いす乗車の利用者についても、排泄誘導を行い自立に向けた支援を行っている。	
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	水分摂取を促したり、毎朝ヤクルトを飲んでいる。場合により緩下剤の服用をしている		
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	入浴剤を入れたりゆっくり入浴をして頂いたり入浴時間を楽しめるように心掛けているが、曜日や時間帯は希望に添った支援は難しい	週3回、また、汚染状況により随時入浴支援を行っている。不眠や足の浮腫みがある利用者にはフットケアを提供している。	
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	食後、落ち着いた時間、DVD鑑賞や録画鑑賞したり、個々に居室で横になったりゆったりした時間を過ごし、午後の活動に備えている		
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	薬剤師による居宅管理指導が月に1回あり(同意を得てる方のみ)副作用や用法について情報を頂き、各自の服用を一覧表にし、スタッフがいつでも確認できるようにしている		
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	一人ひとりが役割を持ち、張り合いや楽しみ事(ゲーム・散歩・買い物)など気分転換をはかれる様に心掛けている。毎日、張りのある生活を過ごしてもらえる様に努めている		
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	本人、家族の希望で外出、外食、外泊を楽しむと共にホームでも戸外に出かける支援は行っている	四季折々の時期に合わせて、お花見、菊祭りに出かけている。外食支援を行い、戸外に日常的に散歩に出かけたり、家族と共に外泊や外出に出かけている。	

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
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	数名の入居者はご家族の了解を得て、現金の自己管理をされている		
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	希望に応じてご家族に電話をしたりしている。手紙も希望に応じて描くように支援している		
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	入居者とスタッフ共に清掃を実施したり、季節感のあるちぎり絵や写真、習字などを掲示している	2階建ての施設で2回は吹き抜けがあり、明るい雰囲気がある。また、四季に合わせた写真や誕生会の写真など明るい環境作りがされている。	
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	皆さんそれぞれ自由に集まってきて、一人ひとりが思いの場所で過ごし談笑している。またユニット間で行き来できるように支援している		
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	その方の状態などを考慮し、ご家族と相談しながら行っている。馴染みのものや家具、仏壇等を持ち込んでいただいている	馴染みの家具や椅子、電化製品などが置かれている。また仏壇を持ち込んでいる方もいる。仏壇の清掃や居室の環境整備など、居心地よく生活できるように支援している。	
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	居室には入居者の名前を大きく表記し、いつ、どこでも事故が起こり得る事を予測し安全の確保に努めている		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム南風

目標達成計画

作成日: 平成 28年 9月 17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	4	運営推進のあり方の見直し、更なる地域交流に向けた取り組みについての検討。	ホームの事を知って頂き、ホームと地域との交流を深める。	運営推進会議へご家族への声掛けを行い参加していただく。 地域の方によるボランティアを招き、季節の作品の制作や、シルバー体操などご利用者との交流を深める。 12ヶ月
2	30	定期的な受診は行わず、月に1回の診察なしの受診になっている。定期診察について検討していただき、認知症状の進行状況や利用者の変化に随時対応できるようにして頂く。	主治医による定期的な診察。	クリニックにて半年に1回MMSEの検査の実施。主治医による定期的なホームへの往診を行うことになりました。往診日や時間などクリニックの診察状況にもよるため決まっていないが、今後おおまかに決めていきたい。 6ヶ月
3				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。