

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	1170401044		
法人名	社会福祉法人 健友会		
事業所名	グループホーム みなみかぜ (ユニットみなみかぜ)		
所在地	川越市吉田203-3		
自己評価作成日	平成26年2月25日	評価結果市町村受理日	平成26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	http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=1170401044
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動報法人 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成26年 3月14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)】

特別養護老人ホーム『みなみかぜ』と同じ敷地内にグループホーム『みなみかぜ』があります。平成16年1月に開所し10年が経ちました。私たちは、介護保険事業における地域密着型サービスの一環として事業を行なっています。高齢者の方が同年代の皆さんと様々な事を語り合ったり、散歩に出かけたり、食事を共にするなど、自由な生活の中で認知症状を穏やかにし、楽しく笑って過ごせるよう支援いたします。

【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)】

グループホームがある当法人は、地域の福祉の拠点であるとともに、地域交流の拠点となっている。ホーム開設後10年経過し、利用者の介護度が重度化しつつある。外出がままならない方もいるが、この交流拠点で、家族と食事会を楽しむことしばしばみられ、福祉の拠点造りが役立っている。特養をベースとした法人は、研修体制ができているので計画的に受講して、グループホームへの伝達研修がきちんと行われ、資質向上の役割を担っている。また、実践者研修への派遣も計画的に行なわれ、学んだ認知症対応の基礎技術を実践に結び付けている。

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)
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)
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)
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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (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
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	事業所も地域の一人と考えている。家族や地域社会との関係を継続できる暮らしを支援する。その事を目的として理念を作ってきた。全職員研修などで理念を共有している。	法人の理念を基にグループホームの理念を作り、それに基づいた年度の事業計画を立てて実践している。例えば可能な限り家族の来所促す手紙を出し、来所時に家族の意見や要望をお聞きし、利用者・家族へのケアに反映されている。	
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人として日常的に交流している	地区の盆踊りに毎年参加している。年間を通じて施設の行事には地域の皆様が大量来て下さる。ボランティアや中学生の社会体験事業を受け入れている。	地域の中高校生の体験授業の受け入れやボランティアの依頼をし、定期的に訪問してもらっている。また、同じ敷地内の地域交流センターでの野菜販売、近隣の福祉作業所からの作品販売など地域との多くの交流の機会がある。	
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	グループホームの理解と医療・福祉の人材育成の役に立てればと実習生を積極的に受け入れている。認知症サポーター養成講座のキャラバンメイトも協力している。		
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	状況報告や意見交換を行い参加者の皆様と協力しながら、少しずつでもサービスの質の向上に努めている。評価報告からでた改善すべき取り組み内容も伝えている。	定期的に運営推進会議を開催しており、各関係者での話し合いが行われている。市町村や地域包括支援センター、介護相談員等の参加については、今後参加してもらえよう声かけや日程調整を行っていきたい。	運営推進会議においては市町村や地域包括支援センター、介護相談員等の多職種からの適切な助言や意見等を反映させサービス向上に活かせるよう参加の働きかけを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当職員とは相談事や研修会参加についてなど、こまめに連絡を取り合っている。	運営推進会議の議事録は毎回市町村へ持参し、その際には事業所の現状も報告している。また、緊急時の対応や特別な事項については、その都度市町村へ報告をし助言を仰ぐようにしている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	法人全体で全職員研修会を通じ身体拘束について勉強会を行った。日々の関わりを検証し、話し合いを持つように努めている。法人では身体拘束廃止委員会を毎月開催している。	法人に設置している身体拘束廃止委員会に参加し、その都度事業所内のユニット会議で報告している。身体拘束に関する研修会は職員研修でも実施しており、外部研修の受講者は事業所内へ伝達している。身体拘束の事例はないが、転倒の多い人などは予防の検討をし、身体拘束廃止を実践している。	

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
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	全職員研修会で学習を行った。また、外部研修に職員が参加するなど理解に努めている。		
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	パンフレットの配布や必要な方へのアドバイスを行っている。地域包括支援センターと連携を取っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約については、時間を掛け詳しく説明し同意を得るようにしている。契約解除については、本人の状況を家族等と相談しながら対応している。		
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	介護相談員や傾聴ボランティアを受け入れ、意見を伺っている。家族とは、運営推進会議での懇談や個人面談を行っている。	月1回の介護相談員の訪問があり、利用者の話し相手となり利用者の意見をフィードバックしてくれる。介護相談員からは職員のケア、対応についての助言もあり、これに基づいて工夫している。運営推進会議時にも、家族からの意見も吸い上げている。	
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	各ユニットにリーダーを置きユニット職員の意見などを把握しマネジメント会議で検討している。管理者も日頃から直接職員の意見を聴くよう努めている。	ユニットごとのユニット会議を月1回開催し、できる限り全員の職員が参加し、意見交換を行っている。特に職員同士や職員と管理者とは意見の言いやすい環境ができており、可能なものから対応している。	
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	会議での意見交換や面談の機会を設けている。職員の親睦会など時々行っている。法人でキャリアパスや人事考課を行なっている。		
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	教育研修委員会を設置し常勤職員、非常勤職員各自のレベルやニーズに合わせた内部研修・外部研修の機会を設けている。グループホームでも認知症の勉強会など行っている。		

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
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	埼玉県グループホーム協議会主催の研修報告など閲覧出来るようにしている。また、市内で同じ圏域のグループホームとは、少しずつだが連絡を取っている。		
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	入居前に訪問面談を行い、本人とコミュニケーションを図り、思いや不安など把握す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	入居前に電話や面談で話し合いの機会を多く持ち、悩みや要望など把握するように努めている。		
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	必要に応じて地域包括支援センターにつなげたり、他のサービス事業所を紹介するなどニーズに合わせて対応している。		
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	洗濯たたみ、誕生日会の準備、レクの準備など、持てる力を引き出し、活躍して頂いている。		
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	生活に変化があった場合には、家族に早めに報告し、ケアについて職員だけで決めるのではなく、家族にも相談・意見を伺っている。出来ないことは家族に依頼している。		
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	利用者様の中には、ご家族様が同施設内の特養に入居されたので会う機会を提供している。また、年賀状など知人への連絡の手伝いをしている。	外出が難しく馴染みの場所へ行くことは困難になってきているが、馴染みの歌と一緒に歌うなど関係が途切れないように、個人個人の人生歴を考慮した支援を行っている。	

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
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	食事・お茶にはなるべく全員揃っていただくようにしている。洗濯たたみやパズル等、協力する作業を提供し、支障が生じた場合、すぐに間に入って調整している。		
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	他施設に入所したり、入院された利用者にも面会やお見舞いに伺ったり、家族の相談にも応じ支援している。		
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	ケアプランの見直し時に、本人の思いを確認してケアに反映出来るように努めている。意思表示の難しい方は、それまでの生活歴などを参考にしている。	ベテラン職員は、利用者の表情の変化や会話から意向の把握に努めている。そしてユニット会議等で、他の職員と意見交換を行い、確実な支援に生かしている。	
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	入居前に生活歴の用紙に記入していただいている。入居後も本人や家族からの言葉より、より深い理解に努めている。		
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	その方のペースに合わせて生活していただけるよう、意向を伺いながら、本人に出来る事はしていただいている。情報共有や交換から、その方らしい暮らしを常に検討するよう努めている。		
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	必要に応じて看護師・医師だけでなく、PT・OT・ST・栄養士と連携を取っている。毎月ユニット会議で個人の状況を話し合い、必要に応じたケア作成している。	それぞれの利用者に担当職員が付き、丁寧なアセスメントをして介護計画を立てている。また、担当職員を中心に日常的なケアの実践および会話と定期的な面談により、利用者の意見を反映させた計画の見直しが行われている。	
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	個別ケアは日々記録している。必要に応じ、食事・水分・排泄表を作り見直しやすいように記録を摂り、ケアに反映させている。情報の共有の為、全体ノート・ユニットノート等に分け活用している。		

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
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	外出や買物の支援を行なっている。通院介助サービスや臨時の往診対応など必要に応じて柔軟なサービスを行っている。		
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	地区の民生委員や自治会と交流の機会を設けている。レクリエーションや傾聴のボランティアなど協力をいただいている。		
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	事業所の協力医や馴染みのかかりつけ医への医療支援を定期的に又、健康状態に応じて行っている。受診結果も家族に知らせ情報を共有している。	かかりつけ医および協力医療機関へ全員の利用者が受診している。希望者には歯科往診の利用もある。また、認知症の方への対応は、月1回法人内に訪問診療される神経内科の医師に相談・助言を受けている。	
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	看護職員を配置しており利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行っている。常に介護職員と看護職員が連携に努めている。		
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。	入院時には利用者の必要な情報を病院に伝えている。本人の状態を見ながら、早期退院に向けて家族および病院関係者と連携を図っている。		
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、事業所の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	必要に応じて個別のカンファレンスを実施し、職員間での方針を統一している。家族や主治医および専門医と十分に話し合いを行っている。グループホームでの対応がどこまで可能か特養や病院への入院も含め関係機関と連携を取っている。	事業所から同一法人にある特別養護老人ホームへの住み替えの手続きをすることが可能である。入所は判定会議で決定される。また、近隣の療養病院への紹介も可能な体制を取っている。その方の状態にあった対応をすることを、入所時の契約でわかりやすく説明が行われている。	
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	緊急時の対応等については、繰り返し話し合いを行っている。体調不良者が出た場合のマニュアルを整備している。		

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
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	法人全体で年2回消防署に来ていただき利用者と一緒に避難訓練、消火器の使い方等を実施している。運営推進会議等で自治会の方とも話し合いを持っている。	定期的な避難訓練の際に、消防署より指導があるため、緊急時の職員の対応を万全にしている。天災に備え、特養に共通の食品の備蓄がある。テンキー錠の非常時一斉開錠など設備面でも対策がとられている。	
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	その人にとって、心地良い言葉かけを行っている。聞き取りやすさ、親しみやすさなど、必ずしも敬語ではないが、尊敬の念は忘れないようにしている。	利用者の尊厳については、外部研修を受けた職員が内部研修会で伝達することにより、職員間で日常的に確認しながらケアを行っている。また、トイレへの声かけも周囲に配慮を忘れずにやっている。	
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	入居者との会話の中で、選択肢を織り込む。1対1で話す機会を作るなどして、入居者が自己の思いを出しやすい環境を作っている。		
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	その方の習慣を取り入れるよう、さりげなく新聞を置いたり、世間話がし易いように食席を変えるなどの支援をしている。入浴や食べたい物の希望には出来る限り応えるようにしている。		
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	自身の持ち物の把握が難しい方には、こちらで衣類をお出しし、お勧めするなどしている。外出できる方には買い物支援を行っている。お化粧品や備品購入の支援をしている。		
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	利用者様達に食べたいものリストを作成して頂き、提供できるように努めている。ふりかけや、お菓子、コーヒー、ゼリー等その方にあった趣向の物を用意し提供している。	介護度上昇により、さらなるケアの充実が必要となってきた。このため、職員がケアに専念できるように、給食は、一昨年より食のセンターへ依頼している。栄養士によるカロリー計算のもと食事が提供され、バランスのとれたものとなっている。また、イベントごとに外食の機会も設け、食事を楽しくするように工夫している。	
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	必要に応じ食事チェック表や水分チェック表を用い、看護師・栄養士・言語療法士に評価してもらっている。口腔状況・咀嚼状態などにも気をつけ食事形態の工夫もしている。		

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
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	毎食後その方に合った口腔ケア・介助を実施している。必要な方は歯科受診・歯科往診を受けている。		
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	自力でトイレへ行けない方へは誘導や声かけを行っている。パターンを掴む為チェック表を用いたりしている。パット使用者には使い心地、羞恥心に配慮し微調整を行っている。	声かけ誘導は自尊心に配慮しながらケアを実施している。また、リハビリパンツから布パンツへの切り替えの試みをしている方もおり、離脱を目指したケアを行っている。また、皮膚トラブルについて併せて観察、注意している。	
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	排便を促すような自然食品をいろいろ試している。看護師にマッサージや腹部の温め方の方法を指導してもらっている。ひどい便秘とならないように医師とも協力している。		
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	介護度が上がっており、他部署の機械浴を借りたり、バスリフトを個浴に付けたりして皆さんに楽しんで頂けるよう工夫している。その半面、使用できる浴室が限られている為、以前より入浴機会は少なくなっている。	週2回から毎日入浴される方もおり、利用者の希望に沿った入浴の提供をしている。季節に合わせてゆず湯や葛湯にする。また、入浴時に一緒に歌を歌ったりなど入浴が楽しめるような環境を配慮している。	
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	床に布団で休みたい方の支援では、足腰の負担もあるので、PT・OTと相談し、休める環境を提供し、皮膚の状態が悪い方にはエアーマットの貸し出しや、体交の介助などを行っている。		
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	処方箋のファイルを作っている。服薬マニュアルがある。薬の変更があればノートや口頭で申し送ってミスが無いようにしている。体調の変化を早急に医師へ相談し、薬の調整に役立っている。		
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	食器洗い・洗濯物畳など好み・能力に応じて入居者に依頼し、感謝の念を述べている。散歩などの外出にお誘いしている。レクはその方の趣向に合わせて提供している。		

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
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	お花や葉書きなど希望があれば外出支援をするようにしている。ご家族様の協力で定期的に外食される方や、地域交流センターでの催しや他部署でのお花教室といった交流の場への行き来を支援している。	外出の機会は減っているが、外出できるような働きかけや体制を整えている。法人内のサービスや交流センター、散歩など近隣や近距離でも気分転換できるよう声かけをし、外出する機会を作っている。	
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	ほとんどの方がお金の管理は行っていないが、能力のある方には自身のお財布から支払いを管理していただいている。ご家族様にも安心して頂けるように、書式を作り、報告している。		
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	希望のある方には事務所の電話を使用し、つなぐ介助をしている。年賀状を書ける人には書いていただいている。居室に電話をつないでいる方もいる。		
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	会話を楽しめるような、食席の工夫をし、リビングには入居者作成の塗り絵や写真などが飾ってある。季節に応じてゆず湯や菖蒲湯を取り入れている。	玄関、廊下、居間は日差しが入り、明るい空間となっている。食堂は出入り自由な間取りになっており、台所も使いやすい環境である。居間は季節ごとの利用者の創作物やイベント時の写真は掲示され、居心地のよい雰囲気である。トイレや浴室も清潔が保たれ、掃除が行き届いている。	
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	廊下にベンチがあり、リビングへ出てこなくてもそこで会話を楽しめる。		
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	馴染みのある家具を持ち込まれている方もいる。しかし認知症が進んでしまった方には安全を優先し、危険な物等は家族に相談し安全第一の空間へと変えさせていただく場合もある。	写真や仏壇など、ひとりひとりの思いのものが部屋に持ち込まれ、利用者が心地良い部屋となっている。各部屋とも整理整頓がなされ、転倒などの予防になっている。	
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	トイレの場所を大きく掲示したり、使用状況を分かるように看板を作るなどの工夫をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 3 月 27 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	おおむね2カ月に一度開催している運営推進会議の内容がグループホーム側からの状況報告等でマンネリ化してきている。また、参加者メンバーもほぼ固定されてきている。	市町村、介護相談員、地域住民など様々な方々にも運営推進会議へ参加して頂く。内容については皆様からも意見を伺い実施していく。	市町村等に会議の開催案内をお知らせする。法人内の栄養士、リハビリ、特養など様々な職員にも参加を促す。専門職に協力いただき学習会など行なう。	12ヶ月
2					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。