

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	令和元年10月15日	評価結果市町村受理日	令和2年1月16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.mhlw.go.jp/11/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JikgyosoCd=1170401044-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 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	令和元年11月13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14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)】

母体は社会福祉法人の特別養護老人ホームである。併設としてグループホーム、老人保健施設、居宅介護支援事業、包括支援センターがある。また地域の多世代の交流の場である地域交流センターがある。ここでは、地域のコミュニティの場として、地域の入居者も集まるもう一つの我が家であり、地域で暮らすみんなの家のようなものである。グループホームみなみかぜにはあり三つのユニットがある。ユニットごとに目標を設定している。ユニットみなみかぜでは、①季節を感じられる食事や行事、外出を楽しんで頂く ②本人の想いや個々の生活空間、人との関わりを大切にその人らしく安心して過ごせるように支援 ③健康管理や転倒予防に努め、元気に安定した生活を送れるように支援することを目標に掲げている。

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 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、活き活きと働いている (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	事業所も地域の一員と考えている。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。	理念に関しては法人全体で共通し全体で共有している。ユニットごとに年度ごとに目標を設定してユニット会議にて職員に周知し、共有している。半年に1回事業計画に基づいて評価を行っている。	
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	地区の盆踊りに参加している。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。	住宅地であり地主の方々や子育て世代も多い。包括支援センターと連携し、地域交流センターに行き、地域の方々と交流をもつことがある。	
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・ボランティア等を積極的に受け入れている。		
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	事故報告等を含めた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。	運営推進会議への出席者は自治会長、民生委員、ご家族、包括支援センター職員である。ご家族にもう少し参加して欲しいので、今後も声掛けしていく。	地域密着型であるので地域の警察や消防、市の職員などにもグループホームを知ってもらうことで地域の情報なども入ってくるので、まずは声掛けから試みられることを期待したい。
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。	市の職員とは連携しており、職員体制のことをはじめ様々なことを相談する体制が出来ている。	
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	法人全体で身体拘束について勉強会を行った。また、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。法人では拘束廃止委員会を会催している。	身体拘束の3原則を意識しケアを行っている。センサーマットなどを活用しリスクマネジメントを行っている。認知症状の行動症状には家族や病院などと協力し対応している。	
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	拘束廃止委員会で勉強会を行った。		

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	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。	意見箱などを設置したがなかなか意見をもらえない。 そこで、出来るだけ家族が来訪した時に職員が声掛けし意見等の聴取して、会議で話し合い運営に反映している。	
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	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。	朝礼などで意見聴取などを行っている。連絡ノートも4種類ほどあり、出来るだけ情報を共有できるようにしている。今後は外国の方の受け入れも視野に入れているので情報の共有に関しては課題となっている。	ケアの統一も課題とのことなのでケアマニュアル等を随時見直しするときに職員の意見を取入れられることが望まれる。
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	会議での意見交換や面談の機会を設けている。法人でキャリアパスや人事考課を行っている。		
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。		
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	今後の課題となっている。		

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	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	洗濯もののたたみ、掃除・居室の整理など、持てる力に応じてご自身で行ってもらっている。		
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	生活に変化があった場合には、家族に早めに報告している。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・意見を伺い、協力関係を築けるようにしている。面会時には、家族でゆっくり過ごせるよう配慮している。		
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	今後の課題となっている。	今年は地域のお祭りに参加した。職員の人員の関係でなかなか外出が出来ていない。地域のボランティアも特養には参加しているがグループホームにはほとんど来てない。	職員の人員の関係であり外出などができていない。ボランティアなどの活用によって外出の機会が増える可能性があるため、管理者が先頭だつて、粘り強く取り込まれることが望まれる。
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	レクリエーション等で協力する場面を提供している。利用者同士の関係を把握し、時に職員が間に入ることで各自が気持ちよくコミュニケーションがとれるよう配慮している。		

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。	入居前に、家族から生活歴などを聞き把握に努めている。 日ごろから些細なことでも本人に確認したり本人の意見や思いを聞くように努力している。家族の来所時にも確認している。	
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・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。	アセスメント項目も細かく、多様な角度から本人の課題分析ができるよう工夫している。本人の言葉を拾ってプランに反映するようにしている。さらに、介護職、医療職などにも意見を聞き半年に一回はプランを更新している。	
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	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取り、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。		
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	可能な範囲で希望を取り入れ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。		

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	子育てネットワーク、中学生のボランティア体験を受け入れている。		
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。	入居時、馴染みの医療機関への受診希望があればそのまま尊重し受診を継続している。受診時の状況は家族にも報告している。	
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	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。	重度化への対応としては車いす用のトイレは1ヶ所あるが、重度化した場合は併設の特養と連携している。看取りに関しては2名ほど看取りを行った。家族の意向も含め出来るだけ対応したいが、医師の体制に関連し難しい面がある。	
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、看護師が率先し伝達等を行っている。体調不良者が出た場合の連絡マニュアルを整備している。		
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	法人全体で年2回消防署に来ていただき避難訓練、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。	年に2回法人全体で避難訓練があり参加している。防災に関しては地域の方々とは何かあったら助け合おうと言っているが一緒に訓練を行ったことはない。一方で施設は地域の避難所としての役割を担っている。	運営推進会議などで消防の職員なども参加してもらうことで地域の情報が入るので、法人全体に提案してされてはいかがでしょうか。

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	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。	プライバシーに関する研修は年に1回法人全体で行っている。法人内マニュアルもあり統一している。統一した支援が出来るように勉強会や伝達研修など行っている。言葉遣いについても適宜注意している。女性の入浴時は出来るだけ同性介助を心掛けている。	
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、さり気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	できる方には御自分で下膳してもらっている。食べたい物を聞いてユニットで作ったり、買ってきたり、ご家族に用意してもらったり、出前・外食等の機会を作っている。	利用者が畑やプランターで作った野菜を使用し調理している。ご家族の協力もありうどん作りも行った。利用者の出来ることは手伝ってもらえるよう支援している。	
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。水分不足の方にはゼリー等活用したり工夫している。		
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	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。		

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	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。	利用者の疾患を把握したうえで、一日の水分量やインアウトがわかるよう排泄表を作成している。排泄表に基づき、オムツにしないよう支援している。	
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	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。ひどい便秘に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	お風呂が好きな方は多く入れるよう配慮している。入浴剤使用し楽しんで入浴して頂いている。時間帯が固定となっているのが課題である。	毎日入浴を希望する方もおり対応している。入浴の拒否のあった方でもその方の状態に合わせて工夫し対応している。出来るだけ同性介助を心掛けている。重度化も考え浴槽にリフトが設置されている。	
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	安眠できるよう日中の過ごし方について個別ケアをしている。寝付けない方にはおしゃべりしたり飲み物を飲んで頂き、安心して休めるよう使い慣れた寝具等利用している。		
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	処方箋のファイルを作っている。薬の変更があればノートや口頭で申し送ってミスのないようにしている。体調の変化を早急に医師へ相談し、薬の調整に役立てている。		
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	洗濯物量、掃除など好み・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。		
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	買い物や外食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。	外出がなかなかできていない。人員に余裕がないので、3か月に1回は外出をしたいと思っている。併設の交流センターで開催される催し物やランチ会などには参加できる方は参加出来るように支援している。	ボランティアや実習生などをグループホームにも来てもらい、その支援により外出の機会が増えることを期待する。

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	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。		
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。入居者が不快を感じないように整理整頓に努めている。	廊下が回路になっており壁沿いがベンチになっている。昼食後もソファやベンチに座り利用者同士でお話できている。ベランダにも出やすく歩くスペースも確保できている。窓が大きく外が良く見え地域での生活感がある。	
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。	本人の持ち込みの家具もあり、なじみの生活ができるようにしている。 また、レクリエーションでの作品や写真なども飾られて思いで作りや楽しい生活が伺える。	
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。トイレの照明を自動でつくようにしたりしている。		

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	11	職員各自の考えのもと対応を行ってしまう。ケアの統一がされていない場面も見られている。	認知症を理解し安心して過ごして頂けるように支援する。	①生活歴・既往歴の周知。 ②ケアプラン・マニュアルの周知。	12ヶ月
2	49	人員体制もあり外出の機会が減っている。	定期的な外出を支援する。	①家族とも外出の機会を設けて頂けるよう支援する。 ②身体機能維持のため、体操等を行う。	12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。