

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	0891600157		
法人名	社会福祉法人 尚生会		
事業所名	認知症高齢者グループホームかさま		
所在地	茨城県笠間市石井2253-1		
自己評価作成日	平成 30年 9月 7日	評価結果市町村受理日	平成 31年 1月 4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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JigyosyoCd=0891600157-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成30年10月17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)】

事業所理念に基づき、認知症の進行、ADLの低下が進行しても、安心して穏やかに笑顔が生まれる生活が営めるように、支援に取り組んでいます。また、家族とのつながりを感じながら、良好な関係を保てるように家族の協力もお願いしています。利用者の重度化には、本人にとって望ましいサービスの提供できる施設等へ、スムーズに安心して移動できるように支援に取り組んでいます。

【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)】

事業所は山や田畑に囲まれ、肌で季節を感じられる場所にある。「笑顔が生まれる生活が営める」と言う理念に基づいたケアが職員に定着しているので、笑いが絶えない雰囲気になっている。中高生のインターンシップやハーモニカのボランティアを受け入れており、また、事業所合同の夏祭りには地域住民の参加もあり、利用者が生き生きと生活できるよう支援している。

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

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	法人の「安心と責任」、事業所として「住み慣れた街で、笑顔が生まれる生活」の方針に沿って、日々、実践に取り組んでいる。	事業所理念を入りに掲示し、職員間で共有している。理念の中にある「笑顔が生まれる」に重きを置き、利用者の笑顔を引き出す支援を心がけている。
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	ケアハウス主催のほっとカフェ、子供食堂、夕涼みに地域の参加があり、利用者や家族の交流が継続するように、参加している。	同法人の隣接するケアハウス主催のホットカフェ(認知症カフェ)に、利用者が家族等と一緒に参加している。ケアハウスにある地域交流スペースでは子ども食堂が開かれており、子ども達と利用者が交流している。
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	施設見学や問い合わせ等があった時には、認知症についての相談や助言を行っている。認知症サポーター養成講座への協力も行っている。	
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	笠間市福祉課、民生委員、区長、居宅介護支援事業所CM、家族の出席にて2ヶ月毎に開催している。運営状況の報告し、意見やアドバイスを求め、サービス向上につなげている。	家族等の代表や市職員、民生委員等が参加して、事業所の行事や利用者の状況、ヒヤリハットなどの報告が行われるほか、意見交換を行っている。市職員からの連絡事項なども伝えられている。
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	定期的な訪問を行い、顔の見える関係を築いている。グループホーム通信の配布、地域包括ケア会議、実務者会議に出席し地域情報の把握、課題解決に協力している。	毎月開催される地域包括ケア会議や実務担当者会議に参加している。グループホーム通信を市や地域包括支援センター等に置いて、空き状況等を知ってもらえるようにしている。
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	外部研修への参加、伝達講習により、拘束を行うことによるリスク等を学び、安全を重視しながら、身体拘束とならないケアに取り組んでいる。また、夜間の施錠時以外は、自由に出入りができるようになっている。	身体拘束等の適正化のための対策検討委員会に参加し、資料と報告書に基づき話し合っている。身体拘束排除に関するマニュアルを作成し、研修会や勉強会を行っている。勉強会では特に、言葉遣いに関して学び、職員間で確認している。
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	外部研修への参加、勉強会を実施している。入浴時、排泄介助時は身体に変化はないか観察し、声かけ等を含め、職員同士が、「それおかしいよね」注意し合える環境作りに取り組んでいる。	

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	研修の受講や、勉強会で理解が深まるように取り組んでいる。家族への情報提供にも取り組んでいる。			
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	利用料金、終末期と重度化との対応の違い、当施設の身体的な重度化への対応の限界等について十分に説明し、同意を得て、文書を取り交わしている。			
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	毎月の家族昼食会には、ほぼ全員の家族の出席があり、話し合いのできる環境がある。運営推進会議には、施設長、福祉課職員の出席があり、家族との話し合いができています。意見は、行事等の運営に活かしている。	毎月家族会で昼食会を開いている。昼食会にはほとんどの家族等が参加し、お互いの家族の事が話せるように席順を考慮している。席には職員を配置して家族等の話を聞けるようにして、ケアに活かしている。		
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	年1回実施されている意向調査や、目標管理シートの作成、提出後の面接等で職員の意向を確認し、反映させている。	管理者は、日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議時や年2回の職員面接時に意見を聴いている。また、年1回の意向調査を実施し異動などに反映している。		
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	人事考課による勤務状況の評価、内部研修等の受講の義務付けがあり、職場環境の整備に努めている。			
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	入職時研修、6ヶ月研修、1年次、2年次研修等職員の状況に応じて、研修受講の機会がある。資格取得に向けた支援も行われている。			
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	法人内に、グループホーム4事業所の設置があり、お互いの事業所を訪問しての交流ができています。また、内部監査等により、情報の共有や、業務の改善につながっている。			

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	事前調査により、本人の状態を理解し、本人の思いに添えるよう職員間で話し合い、信頼できる関係が早期に築けるように取り組んでいる。		
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	家族の困っていたこと、施設サービスにしたことへの不安な思いを共有できるように話し合い、信頼関係が築けるように取り組んでいる。		
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	本人の安全と安心、家族の安心につながるように、本人のできること、役割作り、居場所作りに取り組んでいる。		
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	本人の話をよく聞き、得意なこと、できること(活け花・縫い物・掃除・食事の片付け等)に取り組めるように支援している。		
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	病院受診時の付き添い、家族昼食会の参加、グループホーム通信、昼食会のお知らせ等の近況報告で、支え合う関係の維持に取り組んでいる。		
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	友人や家族の面会時には、ゆっくり交流ができるように居室で、過ごしていただいている。また、家族に協力を依頼し、馴染みの場所や家族との外出を支援している。	以前からの馴染みの関係が途切れないような支援をしている。家族等と自宅や思い出の場所へ外出をしたり、お盆やお彼岸には墓参りに出かけている。	
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	共同の作業、日中活動、レクリエーションを通して、お互いを理解し交流が続くよう支援している。		
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	移動先への面会や、本人に必要な情報の提供に取り組んでいる。		

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
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	家族からこれまでの暮らしぶりを聞いたり、本人の日中活動の様子から、その人らしい生活が送れるように、職員間でよく話し合い、支援に取り組んでいる。	日々の会話や家族等からの聴き取りなどで把握し、介護記録と申し送りに記載して、職員間で共有している。	
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	入所にあたり家族等から、生活の様子、発症経過シート等を提出していただき、生活歴の把握に努めている。また、担当していたCMからの情報提供や事前調査を実施している。		
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	顔の表情や声の大きさでその日の心身状態の把握に努め、日々の変化の記録により情報共有している。		
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	毎月、日常の生活状況、本人の、今課題となっていることを提出し、カンファで話し合い、ケアを統一し、利用者の現状に合わせた介護計画の作成に取り組んでいる。	家族等や本人の意向を基に、医療関係者の意見を取り入れて、計画作成担当者が作成している。毎月モニタリングを行い、基本6ヶ月で見直しを行っている。	
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	日々の生活の様子の記録から、身体状況・認知症の進行等の変化を把握し、介護計画の見直しにつなげている。		
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	家族の状況に合わせ、本人に必要な受診や外出の支援に取り組んでいる。		

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	消防署立会のもと、避難誘導訓練を実施している。また、講師を招いての腹話術・音楽療法を実施している。		
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、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	本人のかかりつけ医の受診を支援している。体調の変化に応じて、専門医の受診につなげている。	契約時に利用者や家族等に希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。受診の際には基本的に職員が付き添うが、家族等が付き添う場合には、バイタルチェック表を渡し、家族等から口頭で結果を聴くようにしている。	
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	利用者が適切な受診が出来るよう相談し、指示を受けている。また、医師の指導等とともに、日常生活上の注意事項を、分かりやすく指導を受けている。		
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。	入院時は定期的な面会を行い、退院後の生活のための情報交換に取り組んでいる。また、受診時の付き添いや、毎月の情報交換により関係作りに取り組んでいる。		
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	家族等や本人に重度化と終末期の違いを理解していただき、よく話し合い、本人の状況や思いに応じた介護、医療のサービスが受けられるように、関係機関等への情報提供に取り組み支援している。	看取りを行う事業所であり、契約時に説明し、同意書を得ている。状況の変化に際し、重度化とターミナル期の違いを家族に説明している。重度化や看取りに関する指針を作成し、外部研修に参加した職員が内部研修にフィードバックしている。	
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	定期的な救命講習を受講している。		
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	「笠間市災害時支援協定連絡会」へ参加し協力体制を築いている。ケアハウスと合同の非常災害対策計画を作成している。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。反省会を行い、課題について話し合っているが、次回訓練に活かすまでには至っていない。災害の際は隣接の同法人のケアハウスに連絡するようになっており、近隣住民へ呼びかけをするまでには至っていない。	近隣住民の参加の呼びかけと共に、避難訓練の課題を次の避難訓練に活かすように期待する。

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
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	利用者の状態、習慣、性格を理解し、業務優先にならないよう、声かけ誘導に取り組んでいる。	職員間で言葉遣いに関し注意しあえる環境を構築している。職員には接遇マナーの記名式のアンケートを行っている。虐待対応研修会に参加し、事業所内で勉強会を開催している。	
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	会話の中で自分の気持ちや思いを表せるように支援し、行動につながるよう取り組んでいる。		
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	散歩、歌、レクリエーション、できることのある暮らしを支援し、1日を楽しく過ごせる支援に取り組んでいる。		
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	毎朝の洋服選びの支援や、おしゃれの日を実施している。		
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	食材の納入業者と連携し、利用者の好き嫌いに応じて、食材の変更を相談し、完食できるように取り組んでいる。また、月1回、お楽しみランチを実施している。	月1回お楽しみランチを行ったり、手作りおやつを作るなど、食事を楽しめるよう工夫をしている。利用者はそれぞれの能力に応じた手伝いを行っている。2～3ヶ月に一度は外食に出かけている。	
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	食事量、水分量を記録し、必用量が摂取できるように支援している。ペースト食、刻み食、全粥等利用者の状況に応じた形態で提供している。		
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に、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、声かけや介助にて口腔ケアを実施している。		

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
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	排泄誘導表で排泄のリズムを把握し、定時誘導等を行っている。	日中はトイレでの排泄ができるよう声かけ誘導を行っている。夜間はポータブルトイレを使用している利用者もいる。	
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	水分摂取の支援、ラジオ体操、散歩、リハビリ運動の取り組み、ヤクルト・ヨーグルトの飲用で薬に頼らない排泄支援に取り組んでいる。		
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	原則1日おき、体調を確認し、ひとりの入浴がゆっくり楽しめるように支援している。	入浴は基本週3回、午後となっているが、利用者の意向にそっていつでも可能となっている。ゆず湯やしょうぶ湯等、季節の湯を楽しんだり、気分転換に入浴剤を使う事もある。	
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	日中活への参加、昼食後の休息により、夜の安眠につなが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	薬の説明書で服薬の内容について理解し、処方通りの服用を支援、安定した体調が維持できるように取り組んでいる。		
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	好みのおやつや飲み物を用意したり、新聞の購読、趣味の時間が持てるように支援している。季節の行事(節分・ひな祭り・七夕・お月見、誕生会等)を行っている。		
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支援している	散歩、お花見ドライブ、食事ドライブを行ったり、家族との外出を支援している。	天気の良い日には近くを散歩している。隣接する同法人のケアハウスの職員と挨拶をしたり、花壇の花をいただいたりしている。年2回施設清掃の際には、利用者全員でホールの湯や道の駅に外出しており、利用者の楽しみとなっている。	

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
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	買い物や外出行事等では、好みの物を購入できるように支援している。管理は施設で行っている。		
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	日常生活の報告、家族との情報が交換できるように支援している。毎日、家族からの電話を楽しみにしている利用者もいる。		
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	9時のラジオ体操後に、利用者、職員と一緒に居室や共有スペースの掃除を行っている。季節を感じる事が出来るように、共同作業での壁面飾りにも取り組んでいる。	ソファや椅子を設置し、それぞれの利用者が思い思いの場所で過ごせるよう支援している。カラオケやビデオ鑑賞、フラワーアレンジメントや輪投げをして楽しんでいる。昨年は菜園で野菜作りを行ったが、今年は花好きの利用者が多く、菜園を花壇にした。	
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	ソファの設置、椅子の配置を工夫し、思い思いの場所で、気ままに過ごせるように取り組んでいる。		
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	家族にも管理していただき、馴染みの物を置いたり、家族との写真を飾っている。	居室には、エアコンやベッド、カーテン、クローゼット等が備え付けられている。職員は、利用者が自宅で使っていたものを持ち込み、その人らしい居室になるように声掛けをしている。	
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	ホールを中心とした居室配置のため、見守りやすく、ゆったりとした空間になっている。各居室の表札、トイレ等も分かり易く表示している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 認知症高齢者グループホームかさま

作成日 2019年 1月 4日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	夜間想定を含む避難訓練を行っている。反省会を行い、課題について話し合っているが、次回訓練に活かすまでには至っていない。災害の際は隣接の同法人のケアハウスに連絡するようになっており、近隣住民へ呼びかけをするまでには至っていない。	避難訓練の課題を次の避難訓練に活かすように取り組む。また、近隣住民の参加を呼び掛ける。	前回の避難訓練の課題をふまえ、職員の体制、入居者の状況に応じた避難訓練に取り組む。また、ケアハウスと合同で近隣住民の参加、協力体制を築けるように取り組む。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。