

(別紙4) (西暦) 2019 年度

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	0871600128		
法人名	社会福祉法人 尚生会		
事業所名	指定認知症高齢者グループホーム かさまグリーンハウス		
所在地	茨城県笠間市福田 3199番地		
自己評価作成日	令和元年6月18日	評価結果市町村受理日	2019年11月12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.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyoNoCd=0871600128-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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4637-2
訪問調査日	2019年8月19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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・周りには緑が多く、四季折々の花々が咲き、落ち着いた雰囲気の中で暮らす事ができます。 ・共同生活の中で、その人らしさを失わず生き生きと過ごして頂けるよう職員、入居者ともあたたかな人間関係を築いています。 ・外部の利用者を迎える共用型通所介護を実施することで外部との交流を持つ事ができます。 ・受診や買い物、外食やドライブなど外出の機会を設けています。 ・特養施設併設の為、重度化した場合や災害時等に事業所同士の支援体制があります。

【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)】

<p>田園風景が広がる高台にあり、同敷地内に系列のデイサービスなどが隣接している。系列施設から異動してきた管理者を迎え、更なる活気を生んでいるという。災害対策や重度化に向けた指針、各種同意書など、積極的な見直しをしている。毎年、地域住民の楽しみとなっている夕涼み会では花火も打ち上げ、利用者も一緒に楽しんでいるという。</p>

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	年間行事計画書、毎月開催する勉強会、及び法人全体研修で確認しながら実行している。	法人理念をもとに、ホーム独自の理念を職員間で作成している。独自の理念を、具体的内容に分けて職員トイレに掲示し、日々確認できるようにしている。	
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	ボランティア活動の受け入れや外部購買の利用、クラブ活動の参加している。外部からのデイ利用者との交流がある。	健やか体操、工作、歌のボランティアが定期的に介入している。また、隣接する施設に童話や書道のボランティアが介入しており、一緒に参加している。高校生、大学生の体験学習を受け入れている。	
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	入所希望者で訪問された家族や、面会に来られた家族、また通所利用者の家族へ認知症の相談援助を行なっている。		
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	2ヶ月に1回開催している。サービスの状況報告や構成員との意見交換等により検討し、サービス向上に繋げている。会議結果を参加できない家族へ毎回報告し、共通理解に努めている。	奇数月の第3木曜に設定し、定期的に行っている。利用者家族も参加し、意見交換や情報の共有を図っている。参加されないご家族には、議事録を郵送で送っている。	
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	運営推進会議でホームの状況を伝えている。毎月、入居者の人数を伝えている。相談や質問等と電話や訪問で連携をとっている。	推進会議には行政の参加もある。介護保険の変更等、行政から指導を受けている。ケアマネジャー連絡協議会に参加して意見交換を行って行っている。地域密着連絡協議会の開催はない。	
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	運営推進会議の中で毎回拘束に関する議論を行なっている。全職員にも周知し拘束をしないでケアする取り組みを行っている。	身体拘束の指針が作成されている。2か月に1回の推進会議で、身体拘束の話し合いを行っている。安全対策の目的で、居室内でセンサーを使用している。	
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	法人全体の目標が高齢者の尊厳を守ることになっている為、常に全職員が虐待に対し意識を持って対応している。		

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
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	法人全体研修により、全職員が勉強する機会がある。支援を必要とする利用者の家族がいる場合は相談援助する。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	説明には分かりやすい言葉を選び、納得していただけるように説明している。		
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	玄関内にご意見箱を設け、意見・要望等を書いて頂いている。推進会議や面会時の家族の意見も大切に、会議等で検討している。	日々の支援の中で利用者から意見を聞いて反映している。 家族からは、職員の夜勤体制について不安の声が上がり、推進会議内で意見交換を行った。	
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	職員が話しやすい雰囲気作りを心掛け、いつでも相談や意見を言えるようにしている。独自の意向調査があり、職員の業務環境の向上に努めている。	月1回会議を行い、意見交換や伝達研修を行っている。モニタリングは、計画立案に合わせて行っている。 人事考課は年2回行い、振りかえりを含めて評価している。	
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	年2回の目標管理、人事考課等により、自己評価を通して、向上心や能力開発に努めながら働けるように整備されている。		
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	法人職員研修に基づき内部研修を実施している。経験に応じた資格取得を支援している。		
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	内部監査を実施し、情報交換を行なう。 市が開催する会議等で他グループホームとの情報交換を行ない、サービス向上へと繋げている。		

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
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	出来るだけ多く声掛けしたり、聴くことにより信頼関係を築いている。		
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	電話にてこまめに入居者の状況を報告したり、不安な事や要望等を確認している。		
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	話を良く聞いた上で、必要としている支援内容を見極め、周囲と相談しながら対応でき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	本人の立場や気持ちを理解し、孤立せず一緒に生活出来るよう支援している。		
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	電話や面会時の声掛けや受診の付き添いを可能な限り家族にお願いしている。家族交流会を実施し参加の協力をお願いしている。		
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	入居前の生活環境を理解し、思い出の身の回りの物に囲まれた生活が継続出来るよう努めている。また行き付けの美容室や思い出の場所にも行く事を支援している。	定期的に家族と外食や外出にをしている。また、相撲観戦や笠間祭りに出掛ける。お墓参りに行く方はいないが、仏壇にお供えをする方があるなど、馴染みの習慣を継続する支援に努めている。	
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	利用者が孤立しないよう、共同作業を実施したり、会話が出来る機会を作り交流できるように努めている。		

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	特養に入所された利用者にも面会したり、退所後も支援が必要な利用者・家族にはいつでも相談を受け付けている。		
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	一人一人の思いや今後どのように生活して行きたいのかを把握するよう努めている。本人の言葉で頂けるよう支援している。	日々の会話を通して、思いや意向を聞き取り反映している。また、表情やうなづきなどから思いを把握している。	
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	アセスメントに記入されている生活歴・生活環境等の把握に努めている。		
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	一人一人の日常の様子をアセスメントシートに記録し個人のケースファイルにも経過が記入されている。		
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	直接ご本人ご家族と話し合ったり電話で要望を聞き、また、職員間で意見を出し合うことで現状にあった計画を作成している。	担当スタッフが、モニタリングを行い6月または12か月で介護計画を立案している。	家族からの要望を確認しながら計画を作成している。しかし、利用者一人一人に合わせた個別的計画となっていない現状がある。個別性のある介護計画の立案について検討して頂く。
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	日々の様子の記録や実践したケアの評価を職員間で共有し、計画の見直しへと活かしている。		
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、その時々にも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	決まったサービスの他にその時々にも生まれたニーズに対して、可能か限り対応している。		

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	運営推進会議での民生委員の協力や避難訓練では、消防署との関わりもある。地域の中から歌や体操・工作のボランティアの方々にも来ていただいている。		
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し、納得が得られたか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	本人家族の希望されている医療機関を利用されている。訪問看護も受けており、医療機関での早期受診に繋がっている。場合によって、主治医との電話等の連携をとっている。本人・家族と共に職員も受診に付き添っている。	利用者はそれぞれのかかりつけ医に受診している。24時間体制の医療機関ではない為、症状変化に素早く対応している。受診後の内服変更などは、申し送りにて情報の共有を行っている。受診後の内服管理準備は、夜勤者がセッティングを行っているが、リスク管理の点からも、セッティング方法の検討を行っていく。	
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	週一回の訪問看護の他に、24時間の連絡体制を取っているため、不安や心配事の相談や指導も受けられる。また、特養の看護師にもアドバイスを受けられる。		
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。	入院されてからも情報交換に努め、医療機関との関係づくりを実施している。情報収集や意見交換等を行ない、退院時の対応に備えている。		
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	現在、看取りは実施していないが、重度化した場合の対応をご家族と確認している。重度化に備えて、他事業所と相談連絡している。	契約時に重度化や終末期に向けた支援について同意を得ている。病状に合わせて、主治医が説明をして転院をしている。しかし、転院をして頂く上での重度化の指針はあるが具体的なものではないため、再検討を行っていく。	
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	急変時の対応の方法をその都度勉強している。		
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	二ヶ月に1度の避難訓練を、母体施設を中心に実施している。抜き打ちで職員収集を兼ねての訓練もある。地域の消防団にもお願いしている。	日中夜間想定にて避難訓練を行っている。敷地の地形から利用者の誘導時間、方法に問題があるとしている。その他備品や備蓄については随時準備している。	広域避難場所者の確認や福祉避難所について再確認を行って頂く。また、夜間火災発生時の避難誘導について、系列施設との協力体制を再確認していく。

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	一人一人のプライバシーに気をつけ、気持ちにより添った丁寧な言葉で話すようにしている。	排泄介助や誘導時の声掛けには、プライバシー確保に努めている。 重要事項書類に苦情受付時間の記載があるが、実際は随時受け付けている為、表記の必要性を検討して頂く。	
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	本人の気持ちを大切にし、自己決定に繋げられるよう支援している。		
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	日々の生活の中で、本人のペースに合わせて支援している。できる事と出来ない事、興味がある事を見極め、個人の希望にそって支援をしている。		
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	本人に合った衣類選びや購入等に付き添う支援をしている。移動美容室による散髪を定期的に利用している。		
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	食事前の準備や後片付けを個人の状態に合わせて、職員と一緒に実施している。	献立は系列施設の管理栄養士が作成している。食材は、毎日買い物に行っている。誕生日会を月に1回開催している。また、利用者と一緒におやつ作りを楽しんでいる。	
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	母体施設の管理栄養士による献立表を参考に調理している。食事・水分摂取量にも気をつけている。また個々の状態に合わせて粥食・キザミ食等にも協力している。		
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	外食後のうがい、毎食後の歯みがきは個々の状態に合わせて、声掛け、見守り、一部介助にて支援している。また、入れ歯洗浄剤を使用している。		

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
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	一人一人の排泄のパターンに合わせ、見守り、声掛け、介助などの支援をし、トイレでの排泄を促している。	排泄パターンを把握して自立支援に繋げている。排便コントロールは医師に相談しながら進めている。	
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	散歩や体操後の飲食物の工夫をしている。また、受診での診察結果次第では、下剤等の服薬も利用している。		
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	全員が、声掛け、一部介助が必要であり、心身の状態に合わせて入浴を行なっている。入浴剤の種類をかえるなどして、入浴を楽しんでいただいている。	週2～3回の入浴支援を行っている。入浴ができない方は、シャワーチェアを使って支援している。関連施設の機械浴は使用できない状況である。季節の入浴剤を楽しんでいる。	
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	体調や状況本人の希望に合わせて休憩して頂いている。シーツ等は、定期的、必要に応じて交換している。季節に合わせて寝具類を調整している。		
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	服薬を入手した時の確認と、申し送りノートへの記述で全職員が把握している。服薬によっては、症状の変化を記録し確認している。また訪問看護師にも情報提供している。		
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	興味のある事、楽しみたい事、望む事を中心に無理強いせず支援している。施設行事・ドライブ・外出等の支援も実施している。		
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	体調や状況を考慮し、散歩や外気浴、ドライブや買い物等の支援を実施している。家族と一緒に食事に出かけられる方もいます。	系列施設の福祉車両を使用して、四季毎におやつを持参して外出する。また、外食支援も行っている。	

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
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	一人一人の能力に合わせてお金の管理をしている。希望された時は付き添いし、ご自分で支払いするよう支援している。		
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	電話をかけたり、頂いたり、年賀状を書くなどの支援をしている。		
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	季節の花々を飾ったり、季節に合わせた貼り絵や壁掛けを入居者と共同で制作し、ロビーや廊下に飾り付け、居心地良く過ごせるよう工夫している。	室内は木造で落ち着いた雰囲気がある。テーブルやソファがあり、利用者一人一人が自由に過ごしている。また、パズルや制作など、利用者間でも楽しく過ごしている様子が窺われる。	
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	2人掛けのソファで気の合う利用者同士が話をしたり、1人で居眠りを出来る空間になっている。		
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	本人の希望を取り入れ住みやすく、居心地良く過ごせるように工夫している。	馴染みの家具やオルガンが置かれている。また、家族写真や誕生日写真などが飾られている。利用者それぞれの馴染みの居室作りがされている。	
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	手すりの設置をしたり、歩行が困難な方には車椅子やシルバーカーを使用し、自立した生活が送れるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名: 指定認知症高齢者グループホームかさまグリーンハウス

目標達成計画

作成日: 2019年11月5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	26	介護サービス計画書の「生活全般の解決すべき課題」が、ほとんどの利用者が同じ課題になっている。	家族や利用者の意向・総合的な援助の方針を踏まえた計画書の作成が出来る。	入居者様それぞれの課題を立て、援助目標のうち短期目標にあったっては具体的に捉える。例えば歩行の目標を立てた時に短期では、「〇〇まで歩く事が出来る」のように具体性を持たせる。 数ヶ月
2		夜間の火災発生時に火災報知器を鳴らした後、系列施設へ電話連絡し、協力を仰いでいる。広域避難場所の確保はされているが、そこから先は明確でない。	夜間の火災時、利用者避難に要する時間の短縮、安全な避難場所の確保。広域避難所からの避難先確保。	夜間想定避難訓練の実施回数を増やす。普段から外へ出る回数を増やし慌てず出られるようにする。広域避難所からの避難先は、法人他施設への避難とする。 4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。