

### 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	平成25年 6月15日	評価結果市町村受理日	平成27年11月13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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871600128-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871600128-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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27年8月27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"> <li>・田園風景の中の木造建築で、落ち着いた雰囲気の中で暮らすことが出来ます。</li> <li>・共同生活の中で、家族と離れていても、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、入所者ともあたたかな人間関係を築いています。</li> <li>・事業所にある公用車で、受診や買い物、外食やドライブなど家庭同様に外出する機会が多くあります。</li> <li>・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。</li> </ul>
--

<p>特別養護老人ホームの敷地内にあり、平成12年に設立された1ユニットの落ち着いた家庭的なホームである。介護経験を積んだ職員も多く、若い介護者の育成や外部の利用者を迎える共用型通所介護を週3日実施する等、新しい取り組みを積極的に進めているホームである。地元消防団や地域のボランティアとの協力関係の構築など地域との交流も活発に進められており、特養と合同の行事には多くの地域住民が参加し盛大に行われている。</p> <p>毎月職員手書きのお便りを家族に送り、ホームを身近に感じて頂いたり、家族交流会を実施したりして家族と一緒に利用者を支えていく取り組みをしている。家族交流会でのスイカ割りやうちわづくり、そうめん流し等には孫なども含めて大勢の家族が参加し、利用者と一緒に楽しんでいる。</p> <p>利用者一人ひとりの「~したい」の気持ちを常に大切に、お金を使う機会を設けたり読書などの趣味の継続を支援したりして各人がその人らしく暮らせるよう丁寧な関わりをしており、利用者は敷地内を散歩したり、食材の買い物に同行したりしてゆったりした雰囲気の中で伸び伸びと自由な暮らしをしている。</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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念を基本とし、年間行事計画書、毎月開催する職員会議、及び法人職員研修で再確認を行いながら実行している。	ホームの理念を玄関に掲示し、全職員が常に目にし共有を計る。法人の理念を基に全職員で話し合いをしながら毎年ホームの年間目標を作成しており、食事メニューの見直し等、生活に密着した三つの目標を掲げ、これらを全職員は常に意識しながら日々のケアに当たっている。	施設長や管理者が代わったことを契機に全職員で地域密着型サービスの意義や地域における事業所の役割などについて話し合いをし、共通した理解の下で地域や近隣住民などとの関わりを意識したホーム目標の作成に期待したい。
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	近隣の学校行事や季節ごとの地域行事へ参加している。入所者と一緒に、入所者の行きつけのお店に出かけたり、購買も馴染みのお店を選んでいる。	地域の行事に参加したり、近隣地域のゴミ拾いをしたり、また夕涼み会などホームの行事に地域の人の参加を呼びかけたりして多くの方々と顔見知りの関係をつくっている。消防団やボランティアの協力など地域との繋がりを密にして利用者の安全確保や楽しみを伴った交流をしている。	
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	入所希望等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委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。	家族や民生委員、市職員などの参加を得て2ヶ月に1回開催している。会議はホームの活動状況や事故報告等を行い、利用者の日常生活を報告すると共に出席者から様々な意見や要望を頂いている。ホームで検討の結果、デイサービス利用者へのインフルエンザ予防接種などが実施された。	
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取り組んでいる	相談や質問等を電話、訪問しての面談等で市との連携に努めている。	運営推進会議をとおしてホームの活動状況や利用者の暮らしぶり等を丁寧に伝え、ホームの実情を知ってもらう取り組みをしている。また地域包括システムネットワーク会議等市の主催する会議に積極的に出席して協力関係を築くよう努めており、必要に応じて何時でも相談できる良い関係が出来ている。	
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	常に念頭において取り組んでいる。ホーム外への施錠についてのみ、入所者の症状に合わせて行っている。常に入所者を見守り、梗塞のないケアに取り組んでいる。	身体拘束ゼロの手引きを基に勉強会を開催しており、全職員が拘束による弊害も含めて身体拘束について正しい知識を身につけている。拘束をしないホームの方針を全職員が共有して一人ひとりを丁寧に見守り、拘束のないケアを実践している。	
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	勉強会を行い、常に全職員が虐待に対し、意識をもって対応している。		

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	法人職員研修により、全職員が勉強する機会がある。支援を必要とする入所者様のご家族に対して、相談援助を行っている。		
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	説明には専門用語ではなく、解りやすい言葉を選び、納得して頂けるよう説明している。		
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	玄関内に意見箱を用意して、意見・要望等を出し易いようにしている。推進会議や面会時のご家族の意見も大切に、会議等で検討している。	毎月それぞれの家族に手書きのお便りで利用者の日々の様子などを知らせ、親しい関係作りに努め気軽に意見や要望・提案を頂くようにしている。家族交流会(スイカ割りやうちわ作りなど)には多くの家族が集まり、様々な意見や要望が出されており、面会簿の様式訂正などが家族の提案で実現している。	
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	話し易い雰囲気作りを心掛けながら、職員の意見や要望を聴く機会を設け、管理者、職員間で話し合い、対応している。法人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。	法人での職員意向調査が年1回あり、異動についての職員の希望や法人への質問なども出せるようになっている。ホームでは自由に意見や要望・気づき等が言える雰囲気があり、職員の提案で手すりの設置や備品の購入等が行われている。	
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、能力開発に努めながら、働けるよう整備されている。		
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	法人職員研修計画に基づき、内外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	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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご本人と話しをする時間を作るよう努め、信頼関係が生まれるよう、耳を傾けている。		
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	最初は1対1で十分に時間をかけ、話を聞く機会を設け、関係作りに努めている。		
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	相談を受けた者が支援内容を見極め、周囲と相談をしながら対応ができるよう努めている。		
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、孤立せずと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、受診の付き添いを家族の可能な限りお願いし、家族との絆が途切れないよう、日々意識した支援をしている。		
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	入所される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できるよう努めている。また、行きつけの美容室や思い出の場所にも行く事を支援している。	利用開始時には1対1で生活習慣や趣味等を含めてこれまでの生活ぶり等を丁寧に聴き取り、地域社会との関わり等も把握している。馴染みの美容院や行きつけの店で買い物をして懐かしい知り合いに会ったり、自宅付近の馴染みの公園までドライブを楽しんだりしている。	
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	入所者様が孤立しないよう、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	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
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	特養入所された入所者様、ご家族共に交流し、相談や支援に努めている。また、退所後も支援が必要な入所者様には、いつでも相談を受け付けている。	
<b>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</b>				
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	一人ひとり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に努めている。ご本人の言葉で表して頂けるよう支援している。	それぞれの思いを大切にしたい暮らし方が出来るようにこれまでの暮らしぶりを聴き取り、把握に努めている。日々の暮らしの中で変化する一人ひとりの思いについては言葉と表情の微妙な違い等は生活アセスメントシートに記録し、全職員で本当の気持ちについて検討したり、生活の中で見せる表情などを観察しながら本人の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	一人ひとり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	直接ご本人や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。	担当職員と計画作成担当者が本人や家族の希望を聴き、職員の気づき等も取り入れてそれぞれ生活感のある介護計画を作成している。毎月全職員でサービス担当者会議を開催しモニタリングを実施している。モニタリング時には一人ひとりについて丁寧な話し合いを行い、次の計画についてのコメントを記し計画見直しの資料としている。
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	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て計画の見直しに活かしている。	
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生まれたニーズに対して、内容によるが対応している。	

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、避難訓練での消防署との関わりがある。地域の中から歌や体操のボランティアもある。		
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	本人、ご家族の希望される医療機関を受けている。訪問看護も受けており医療機関への早期受診に繋げている。場合により本人、ご家族と共に職員も医療機関に行き情報提供している。	利用以前からのかかりつけ医への受診は基本的に家族対応となっているが、家族の都合がつかない場合には職員が付き添いを行っている。職員が付き添った場合には結果を家族に電話で連絡すると共に、個人受診記録票に記載し本人・家族・訪問看護師・職員が共有できるようにしている。週1回訪問看護を利用しており、利用者の健康状態に応じて受診などのアドバイスを受け、常に適切な医療が受けられる体制を整えている。	
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	週1回の訪問看護を受けている他に、24時間の連絡体制を取っているため日常の不安、心配事の相談や指導が受けられる。又、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。	定期受診時から、情報交換に努め病院との関係作りに努めている。入院されてからも情報収集や意見交換等を行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	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、連絡を取り合っている。	現在までに看取りは行っていないが、職員は法人内で毎年勉強会を実施し、重度化した場合や終末期のケアに備えており、利用者一人ひとりに応じたケアが出来るようになってきている。訪問看護師からは随時助言を受けられる体制があり、緊急時には同一敷地内の特養の看護師の助言や協力が得られる等看取りを可能とする態勢は整っている。	
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	急変時の対応の方法を定期的に、又は、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	2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。抜き打ちで職員召集をかねての訓練もある。地域の区長や、消防団にも願っている。	2ヶ月に1回、同一敷地内の特別養護老人ホームと合同で夜間想定も含めた避難訓練を実施している。ホーム独自では緊急連絡表(ホームに近い順番)をつくり夜間召集訓練なども実施して利用者の安全確保に努めている。災害対策としては「災害マニュアル」を作成し、特養との連携により食料品の備蓄等の対策も整っている。	台所周辺からの火災発生を想定しての避難口の確保や消防車の進入口を考慮した避難経路の設定など、目的を具体的に消防署の意見を聴き、事態に応じた対策を講じる事に期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりのプライバシーに気をつけ、気持ちを損ねないような言葉を選び、丁寧な言葉で話すようにしている。	一人ひとりの「こうしたい」の気持ちを大切に、読書などの趣味の継続を支援したり、お金を使う機会をつくったり、とそれぞれが出来る事を続けて自信をもった生活ができるようにしている。台所で食事作りをしていた利用者の自信に満ちた表情は印象的であった。職員の言葉かけはリラックスした雰囲気の中にも年長者に対する丁寧さが見られた。	
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、自己決定に繋が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	入所者様のペースに合わせて支援している。出来る事、出来ない事、興味のある事等を考慮しながら、個人の希望に添った支援をしている。		
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	その入所者様に合った衣類選びや、購入等に付き添う支援をしている。また、近隣の美容室や馴染みの美容室の利用もしている。		
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、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。	管理栄養士による特養の献立を参考に、職員が毎日食材を購入し、ホームで調理している。利用者もご飯炊きなど出来る事を一緒にしながら食事作りの段階から食事を楽しみにしている様子がうかがえた。食卓は見た目にも楽しめるよう料理に合わせた食器を使っており、職員との会話にもゆったりとして温かい家庭的な雰囲気であった。ご飯は「おかゆ」と「普通のご飯」を炊くなどおいしく食べられるような工夫に職員の気遣いも見られた。ホームの畑で小豆をつくり、お汁粉を作って楽しむ等おやつ作りも楽しんでいる。	
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	同敷地内の管理栄養士による献立表を参考に調理している。食事、水分の摂取量にも注意している。また、粥や刻み食にも対応している。		
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	外出後のうがい、毎食後の歯磨きは個々の状態に合わせて、声掛け、見守り、一部介助している。また、入れ歯洗浄剤も使用している。		

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	一人ひとり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。	それぞれのパターンを把握した声かけ等の支援により、昼夜共に全員がトイレで排泄している。夜間には1時間ごとにトイレに行く利用者の場合にも見守り・付き添いを行っている。長期の入院等でオムツ対応になった場合には、リハビリを使いながらオムツを使用しない支援に切り替えている。失敗が目立つようになった場合には、本人や家族とも話し合い、小さなナプキンを使用する等して様子を見ながら原因を確認する事としている。	
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	散歩や体操、飲食物の工夫をしている。受診での結果次第では、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るが、心身の状態に合わせた支援をしている。入浴剤の種類を変えたり、ゆず湯や菖蒲湯等、季節の楽しみも取り入れている。	毎日入浴できる状態にしているが、一人ひとり2日に1回入浴する事としている。拒否のある場合には入浴前に血圧を測る等して気を紛らわしたり「一番風呂です」など本人の好みに合わせた声かけの工夫をして機嫌よく入れるようにしている。入浴後も足拭きマットを一人ひとり毎に取り替え、感染症予防などにも丁寧な配慮をしている。	
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	体調や、状況、ご本人の希望に合わせて休憩して頂いている。シーツ等を定期的、必要に応じて交換している。		
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。服薬が変更になった時は、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、望む事を中心に支援している。施設の行事、クラブ活動、ドライブ、外食等の支援をしている。		
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、散歩や外出の支援をしている。季節や天候に応じて、外出ドライブを実施している。	特養も含めて広い敷地内を散歩したり、ホームの畑に行く等、常に外の空気にふれている。日々の食材の買い物に行く職員と一緒に買い物はお金を使う機会でもあり、利用者が楽しみにしている外出になっている。行事としては毎月ごとに計画し、日頃なかなか行けない所に桜やあじさい、紅葉などを見に出かけている。天気の良い日には随時ドライブなども取り入れて気晴らしの機会としている。	

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
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	一人ひとりの能力に合わせてお金(財布)の管理を支援している。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。所持していただきたいの希望があれば、ご本人と良く話をし所持して頂いている。		
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	電話を掛けたり、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、壁掛けや毎月共同で制作している貼り絵を飾り、季節感を感じながら居心地良く過ごして頂けるよう工夫している。	玄関前は少し傾斜があり注意が必要ではあるが、建物内は天井が高く広々として明るく気持ちよく風が通る構造になっており、キッチンで働く職員の様子が見える落ち着いた家庭的な雰囲気になっている。大きなテーブルの上には季節感のある手作りのぶどうや花が飾られており、見当識への配慮も見られた。居間のソファはゆったりと寛げる場所にもなっている。	
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	ロビーのソファで気の合う入所者様同士が話をされたり、一人で居眠りする事が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	ご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工夫している。	各居室には洗面台が備え付けてあり、それぞれが洗面・歯磨き等を自室で出来るようになっている。中は洗面台の前に椅子が置かれ、自立を支援している様子がうかがえた。各居室はテレビや家族の写真、家族用の椅子を置いたり、好みの本に囲まれていたり、通所で訪れる妹の昼寝用ベットを置く等、それぞれが楽しみ事や家族との繋がりを大切にしている様子がうかがえ、さらに安心して居心地よく過ごせるようこの職員の工夫と気遣いも随所に見られた。	
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、歩行器、車椅子を使用し、自立した生活が送れるよう支援している。		

(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

作成日: 平成27年11月10日

## 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	35	火災の場合の避難口が2箇所あるが、1箇所については段差があり、高齢者や車椅子利用での避難には困難を要し、台所からの火災の場合、1箇所の避難口ではかなりの不安がある。	消防署の意見を参考にしながら、2ヶ所の避難口から速やかに安全に避難できるようにする。	段差解消の為、簡易スロープを設け、手すりの設置を行う。全職員がスロープの設置をすばやく適確にできるよう勉強会を行い、定期的に夜間も含めた避難訓練を実施していく。	2ヶ月
2	1	地域密着サービスの意義や地域における事業所の役割等について、共通した理解を得られてなかった。	全職員で、地域密着型の意義や役割等について再度確認し、より掘り下げて話し合いを行い、理念を作成する。	職員会議等で地域密着型の役割りや、交流会を通して家族との関わり等について話し合い、法人の理念を踏まえた上で、グループホーム独自の理念を作成する。	5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、行を挿入して下さい。