

### 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   | 0872200407    |            |            |
| 法人名     | 有限会社 エスエス住建   |            |            |
| 事業所名    | グループホーム くぬぎの森 |            |            |
| 所在地     | 茨城県鹿嶋市和825-2  |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成30年4月1日     | 評価結果市町村受理日 | 平成30年7月17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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872200407-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872200407-00&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30年5月15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)】**

グループホームは2ユニットありデイサービスも併設され、それぞれ行き来が出来る様になっています。デイサービスを利用した後にグループホームに入居される方も多く、環境の変化が少ないためご本人や家族にとって安心して頂けると思います。また、医療連携による24時間の訪問診療体制がとれ、登録喀痰吸引等事業者でもありターミナルケアを実施していることも安心していただけるポイントだと思います。

**【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)】**

鹿嶋市の主要道路に面し、ホームと協力医療機関が隣接している。24時間訪問診療を提供している。開設15年を迎え、地域包括支援主催のイベントに認知症啓発として活動をしている劇団を招き、地域の方々と楽しく学んだ。同法人で近隣に、1ユニットのグループホームを開設し、合同で旬の野菜作りを楽しんだり、認知症カフェを開いている。市町村と連携しながら、地域に貢献している様子が窺われた。

**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<br>↓該当するものに○印   | 項目 | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   |
| 57 | 利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)            | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(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<br>(参考項目:38)                 | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(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<br>(参考項目:36,37)   | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(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<br>(参考項目:49)                | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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せている<br>(参考項目:30,31)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>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                            | 職員と管理者が終の棲家となるようにとの思いで作った理念を、ユニット入口に掲示し、日々念頭に置きながらケアに努めている。 | 理念を日々唱和することはないが、職員と共に作成した理念であり、日々笑顔を忘れないように心がけながら支援している。   |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                            | フェンス越しに、道路を通る方と挨拶や話をしたりしている。犬を連れて立ち寄ってくれる方もいる。              | 近所付き合いをしていて、現在は職員として働いている方がいる。ドックセラピーや田畑、花々を通して、ご近所の方が自由に行き来している。市町村からの依頼で、中高生の職場体験や、傾聴ボランティアを受け入れている。     |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                          | 近隣の小学6年生と年5～6回交流を持っている。また、市の傾聴ボランティア養成に協力している。              |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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度会議を実施し、ホーム内の行事や研修の報告を行うとともに市や地域包括の情報交換を行う場として活用している。  | 偶数月の第2月曜日に設定している。民生員の出席が得られるようになり、意見を頂いている。利用者家族、行政の参加により情報交換を行っている。参加できない家族には、玄関に議事録を置き、いつでも見られるよう配慮している。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる                  | 運営推進会議を通してホーム内の様子を伝えていく。傾聴ボランティアの受け入れも積極的に行っている。            | 行政からの依頼もあり、ラン伴に参加し、地域の方が応援に集まった。また、行政からの依頼により、自宅で歩行での生活が困難な方も受け入れ、生活スタイルを変えずに過ごされている。                      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 職員は、何が身体拘束にあたるかを理解し、日々ケアにあたっている。                            | 身体拘束に関する指針を作成した。身体拘束に関する研修会に参加し、伝達研修を行い共有している。転倒予防にセンサーマットを使用しているが、使用時間について検討していく。                         |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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       | 管理者、職員は、講習会を受講し不参加の職員に対しては伝達を行い、全員で共通理解をしている。               |  |                   |

| 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<br>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    | 必要な利用者には管理者が、情報提供、アドバイスを行い支援している。                            |   |                   |
| 9                            |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                        | 契約時に、質問を受けながら丁寧に説明を行っている。分からないことがあった時には、いつでも聞いて下さいとお伝えしている。  |   |                   |
| 10                           | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 意見箱の設置に加え、面会時や電話でのコミュニケーションを積極的に行っている。                       | 食後のコーヒーを希望される利用者に提供している。家族からは面会時に声をかけ、意見を聞いている。 |                   |
| 11                           | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 月1回のペースで各部署リーダーによる会議を行い、職員の意見を反映させている。                       | 月に一回、ユニット毎にカンファレンスを行っている。モニタリングについても会議で話し合う。    |                   |
| 12                           |     | ○就業環境の整備<br>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      | 職員一人一人の家庭状況を考慮し、休日を取りやすくしたり、キャリアパスを導入し目標をもって働くことが出来る様になっている。 |   |                   |
| 13                           |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 代表者は、職員が県内外の研修に参加しスキルアップできる環境を整えている。                         |   |                   |
| 14                           |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者や職員は、様々な勉強会や研修に参加し、他施設の方々と交流を持っている。                       |   |                   |
| <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<br>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           | 必ずご本人と直接お話する機会を設けている。話をすることで、少しでも不安が小さくな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 |
| 16                                 |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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           | 充分にお話しする時間を設け、今までの苦労を受け止め、また、現在の状況を把握する様努めている。                     |   |                   |
| 17                                 |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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       | ご本人の意見を尊重しご家族の意見も受け入れながら、一番必要なサービスの導入に努めている。                       |   |                   |
| 18                                 |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                       | ホーム内では、利用者個々の状況に対応しながら、疑似家族的な関係を築いている。                             |   |                   |
| 19                                 |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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        | ご家族とは、こまめにコミュニケーションを取り、共にご本人を支えていくようにしている。行事等にも参加頂き一緒に過ごしていただいている。 |   |                   |
| 20                                 | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | 知人の方の面会等も受け入れている。誕生日には、ご自宅への一時帰宅等の支援も行っている。                        | 近所の方や家族、孫たちが日常的に面会に来ている。また、家族と共に外出し、外食に行かれてる方がいる。 |                   |
| 21                                 |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                   | 心身の状況、状態を見極めながら、会話やレクリエーション等が行いやすいように努めている。                        |   |                   |
| 22                                 |     | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 退所後も必要に応じて、電話や面会を行うように努めている。また、ご家族の意向を伺いながら、葬儀に参列させていただいている。       |   |                   |
| <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<br>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                        | 毎日の関わり合いの中や、ご家族からの情報を参考にしつつ、極力ご本人の意向に沿うよう努めている。                    | 遠方の家族に会いたいとの希望があり、職員が同行した。病状変化に合わせて、食事の形態を検討している。 |                   |

| 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 |
| 24 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居時に、ご家族やご本人より聞き取りをさせて頂いている。また、ご家族には、センター方式シートへの記入をお願いしている。                    |   |                   |
| 25 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の様子や生活リズムの観察から、また、ご本人との会話から現状を把握する様に努めている。                                   |   |                   |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご本人、ご家族の要望と日々のケア、毎月のカンファレンスの情報から介護計画を作成している。                                   | 担当スタッフを決定してモニタリングを行い、計画を立案している。計画は、具体的内容になっている。ご本人に説明し理解を得ている。                      |                   |
| 27 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別ファイルに行動や様子、発した言葉等を記録している。その言葉からご本人の思いを理解し、介護計画に活かしている。                       |   |                   |
| 28 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 併設のデイサービス利用者が、認知症の重度化でホームに入所される等、ニーズの変化に対応できるようにしている。                          |   |                   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 傾聴ボランティアや庭の手入れをして下さるボランティアの方々にご協力頂いている。また、音楽療法のボランティアも来所され、楽しい時間を過ごしている。       |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                     | 入院設備のある診療所より、月1回の往診をして頂いているが、今まで通りのかかりつけ医どちらでも選んで頂いている。送迎の支援や眼科等他科の受診支援も行っている。 | 往診は、月1回内科医が来ている。24時間診療を受けているので、突発時は訪問看護師に連絡し、病状に合わせて医師が対応している。受診結果は、介護記録に記入し共有している。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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             | 看護師へ、利用者の状態の変化に対して何時でも相談できるようになっている。また、連携先の診療所の看護師にも、24時間相談できるようにもなっている。       |   |                   |

| 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 |
| 32                               |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には必要な情報提供を行い、主治医やご家族と相談しながら早期退院できるよう努めている。                        |   |                   |
| 33                               | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所で行えることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に、ターミナルケア可能な施設であることを説明し書面で同意を得ている。また、その時々で、話し合い見直しができることをお伝えしている。 | 医師から、病状に合わせて利用者や家族に説明をして頂き、重度化に向けた支援を行っている。また、スタッフ間で話し合い、介護計画を随時見直ししながら具体的ケアを行っている。                   |                   |
| 34                               |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 職員は、普通救命講習を受講している。AEDも設置しており、使い方の指導も受けている。                           |   |                   |
| 35                               | (13) | ○災害対策<br>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  | 年2回、避難訓練、通報訓練を実施している。消防署直通の専用電話も設置されている。また、水、食料、トイレ用品等備蓄も出ている。       | 年2回の避難訓練を行っている。救急対応について、AEDの操作方法を含め研修会を予定している。震災について、備品・備蓄を定期的に確認している。                                |                   |
| <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<br>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  | 職員は、利用者それぞれに合った言葉かけや、状況に応じた対応を行っている。                                 | 排泄など、日々の声掛けにも人格の尊重を意識している。面会簿の記入方法について、利用者一人一人の面会簿になるよう検討して頂く。また、個人情報同意について、具体的な同意内容の検討、苦情解決者の再確認を行う。 |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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  | 衣類や食べ物、行動等選択肢を提供し、選んでいただくように努めている。                                   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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                                    | 大まかな1日の流れはあるものの、その時の状況に合わせて柔軟に対応している。                                |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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   | 2ヶ月に1回、美容師さんに来ていただいて散髪している。お化粧や服選びは、自由にいただいている。                      |   |                   |

| 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 |
| 40 | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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    | 旬の食材を使うよう心掛けている。畑と一緒に収穫したり、下ごしらえを手伝って頂いている。                             | 週2回の買い物と、畑からの収穫物を合わせて日々の献立を検討している。誕生日や家族会時に、出前や外食支援を行っている。         |                   |
| 41 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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         | 食事の形態や量など、1人1人に合わせて調整している。水分量も毎食記録し、1日分が確保出来ているかチェックしている。               |  |                   |
| 42 |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 口腔ケアの重要性は、職員全員理解しており毎食後、就寝前に実施している。                                     |  |                   |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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  | 排泄パターンからトイレ誘導だけでなく、行動や様子から排泄のタイミングを見逃さないようにしている。                        | 排泄パターンを把握し、一人一人に合わせた支援を行っている。施設内の移動が歩行以外の方についても、スタッフ間で話し合って支援している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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                  | 水分量、食事内容、運動等で便秘予防に努めている。必要があれば、医師と相談の上下剤使用も検討している。                      |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 安全確保の面から、あまり遅い時間は難しいが、極力気持ちよく入って頂けるよう、温度、時間、順番に配慮している。季節のお風呂も楽しんで頂いている。 | 週2から3回の入浴支援を行っている。入浴時間は、要望に合わせて支援している。感染対策についても実践されている。            |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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                   | 利用者それぞれのリズムを重視し、良い睡眠がとれるよう支援している。                                       |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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              | 誰に何の薬が処方されているか、直ぐに確認できるようファイルを用意している。                                   |  |                   |

| 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 |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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  | 洗濯物をたたんで頂いたり、掃除を手伝って頂いたり、生活歴に合った役割を無理のない範囲でお願いしている。                           |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 100%希望通りは難しいが、季節の花見や外食等支援を行っている。  | 四季折々に合わせた外出支援を行っている。家族には事前に行事についてお知らせし、家族が同行できるように支援している。                           |                   |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 現在、常時お金をお持ちの方はいらっしゃらないが、買い物の支援が出来る体制は整えている。                                   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご本人の希望により、電話の支援をしている。また、何か送って頂いたりした際には電話をしお話しして頂いている。                         |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 天窓や排煙窓を設けており、自然光が入り明るい作りになっている。また、花を活けて季節を感じてもらっている。物を増やさず、シンプルな状態を保つようにしている。 | 木造の落ち着いた雰囲気を感じさせる施設になっている。ユニット間がウッドデッキで繋がっており、通用口からは整備された畑や庭が見える。整備はボランティアの方がされている。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 廊下を中心に、テラスや玄関にもソファ等を置き、好きな場所で過ごしていただけるようにしている。                                |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時には、なるべく使い慣れたものや家具等お持ち下さるようお願いしている。   | 馴染みの家具や家族写真、飾りが置かれ居心地よい居室作りがされている。歩行が難しい状況で過ごされる利用者について、居室内で過ごせるような工夫を検討して頂く。       |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 廊下やトイレ、浴室等に手すりを多く設置し、残存機能を活かした生活が出来る様支援している。                                  |   |                   |



(別紙4(2))

事業所名: グループホームくぬぎの森

## 目標達成計画

作成日: 平成30年7月16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<br>目標達成に要する期間   |
| 1        | 2    | 事業所と地域の付き合いが、まだ深められていないのではないか。もっと発信してはどうか。 | 地域との交流を増やすことで、認知症の理解を深める。 | ・7月末に2日間、高校生の職場体験の受け入れを行う。また、9月に行われるRUN伴(認知症の人や家族、支援者、一般の人がリレーをしながら一つのタスキを繋ぎゴールを目指す)に、昨年同様、利用者、介護職員共に参加する。<br>ヶ月 |
| 2        | 14   | プライバシー確保の観点から、面会簿の記入方法について再検討してはどうか。       | 面会簿の記入方法を見直す。             | ・面会簿を、1日1枚で記入して頂く書式を使っていたがお一人1枚ずつ記入して頂く書式に7月より変更を行った。<br>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。