

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 29年 9月 7日	評価結果市町村受理日	平成29年12月8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 29年 10月 24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)】

利用者の認知症の進行、ADLの低下があっても、その人らしく暮らせるように、楽しみのある、できることのある暮らしの支援に取り組んでいます。また、家族との良好な関係が保てるように、情報を共有して、家族の協力もお願いしています。さらに、重度化やターミナル期を迎えるようになって、利用者の安心、家族の安心に応えられるように、事業所としてできる支援を相談しながら、医療機関の指示のもと、連携したサービス提供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)】

事業所は地域密着型のサービスの意義を理解し、隣接するケアハウスと共同で開催する夏祭りや子供食堂、認知症ホットカフェで地域の人々と利用者が交流できるよう努めている。管理者と職員は、利用者の人権と意思を尊重し、利用者が穏やかに安心した日々が過ごせるように支援をしている。事業所内で家族との食事会やお楽しみランチを毎月実施したり、誕生会は手作りおやつの時間を設けるなど、食事を楽しめる工夫をしている。

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、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	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	「安心と責任」の理念、①利用者の人権、意思の尊重②契約に基づく介護サービス③目配り、気配り、心配り④社会への還元、地域への貢献の方針に沿って、日々、実践に取り組んでいる。	運営母体である法人の基本方針を、事業所の理念としている。事務室に掲示するとともに、職員会議時に確認をしている。利用者本位に支援をしている。	
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	利用者の重度化があり、利用者と一緒に参加活動は難しくなっている。子供会活動、消防団活動、石井地区への行事協力は継続して取り組んでいる。	町内会の回覧板に、事業所の行事を記載してもらっている。地域の夏祭りの神輿が立ち寄ったり、事業所の合同夏祭りに招待し、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	グループホーム通信の配布、認知症サポーター養成講座の協力、笠間市認知症相談員活動を通して、実践につなげている。また、職員各自も家族や友人に認知症予防の取り組みを指導している。		
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。事業所の運営状況について報告し、意見やアドバイスを求め、サービス向上に活かしている。	家族等の代表や市職員、民生委員及び、系列施設の施設長等が参加し、事業所からの報告や意見交換をしている。	
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	毎月、入居状況の報告、グループホーム通信の配布を行っている。また、地域包括ケア会議、笠間市実務者会議に参加し地域情報の把握、地域課題の解決に向けた取り組みに協力している。	月1回開かれている地域包括ケア会議、笠間市実務者会議に参加して、情報交換をしている。運営推進会議時に、季節毎に感染症について情報を得ている。	
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	職員は、法人内研修や職場内の勉強会を通して、身体拘束についての理解を深めている。利用者の安全を守るため、時間帯、ルールを決めて、窓、非常階段等の施錠を行っている。	身体拘束の無い介護に努めている。身体拘束排除に関するマニュアルがあり、法人内研修に年1回参加している。	
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	勉強会等、定期的に学ぶ機会を持っている。また、月1回職員アンケートを実施して、業務の振り返り、見直しにつなげている。さらに、入浴介助、排泄介助時には、身体的な変化に注意し、情報の共有を図っている。		

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
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	勉強会等で学んでいる。状況に応じて家族等へも情報を提供している。また、1名の家族は、制度を利用している。		
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	入居前には、出来るかぎり施設見学に来ていただいている。また、契約の際は、重要事項説明書、料金改定時には、サービス利用書に基づき説明を行い、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	職員は、家族と良く話し合い、信頼関係を築いている。毎月の家族昼食会への参加時、運営推進会議の出席時、面会時に積極的に意見を求め、カンファ会議で話し合い、運営に反映させている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示し、家族等の来訪時には話しやすい雰囲気作りに努めるとともに、月1回家族会を開き、意見や要望を聴くようにしている。	
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	法人本部からの運営等の資料を回覧している。また、カンファ会議等で、職員の意見や提案を話し合う機会を設け、反映できるよう取り組んでいる。	月1回の職員会議時に意見を聴くようにしており、職員から、利用者の重度化に合わせた設備の準備をして欲しいとの意見で、シャワーチェアを購入するなどの対応をした。	
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	働き方改革を推進、業務の見直し、改善等(定時退社、休日出勤の廃止等)積極的な指導がある。職員各自が向上心を持って働けるよう取り組んでいる。		
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	全体研修、年次研修、資格取得に向けた研修が実施されている。また、サービスの質の向上に向けた講習案内が回覧され、参加が求められている。その後のレポート提出により、スキルアップにつながっている。		
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	地域包括ケア会議、かさまケアマネ会、地域医療症例検討会へ参加し、ネットワーク作りの活動につながっている。		

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	事前調査をもとに、職員全員で話し合い、安心安全を第一に、良好な関係作りに取り組んでいる。情報を共有し、チームケアを実践している。		
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	家族の不安、思いを受け止め、よく話を聞きくように取り組んでいる。職員は情報を共有し、統一したサービスに取り組み、信頼関係を築いている。		
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	本人と家族が何を求めているのか、今、必要な支援に取り組んでいる。家族支援が継続できることは、そのままに、できないことは、他のサービス提供を提案している。		
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	利用者をお客様にせず、1人ひとりのできることを見つけ、毎日楽しく過ごせるように、一緒に活動に取り組んでいる。		
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	本人と家族の絆を大切に、面会時はゆっくり交流ができるように、外出も楽しめるように支援している。また、ADLの重度化、認知症の進行により変わっていく利用者の情報を共有し、家族としての役割をお願いしている。		
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	親しい人や家族と変わりなく交流できるように、面会や外出の支援に取り組んでいる。	入所前の相談時や聞き取り調査時、家族等の訪問時に話を聴き、馴染みの関係を把握している。家族等の面会のほかに、近所の人やお稽古仲間などの訪問があり、お茶を出すなどしてゆっくり話ができるように配慮している。	
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	利用者同士が心地良く過ごせるように、一緒に過ごせる場所を作ったり、レクリエーション活動を行っている。また、職員が会話の橋渡しをしている。		
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	入院時の情報提供や定期的な面会を行っている。また、家族の思いに寄り添えるよう、情報の共有に取り組んでいる。		

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	生活歴の把握に努め、これまでしてきたこと、できることに取り組めるよう支援している。また、できるかぎり、利用者の話に耳を傾け、表情や仕草など全身から思いをくみ取る努力をしている。	日々の会話や支援を通して、利用者の意向の把握に努めている。得られた情報は、引継ぎノートに記載している。	
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	本人や家族から話を聞き、これまでの暮らしやサービス利用経過の把握に努めている。また、サービス利用機関からも情報提供を受けている。		
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	日々の記録より一日の過ごし方や状態を把握し、統一したケアに取り組んでいる。また、定期的にあセスメントを実施している。		
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	毎月のケアカンファ会議での話し合い、家族からの要望、医師の指示に基づき介護計画を作成している。また、モニタリングを実施している。	カンファレンスは毎月行い、基本6ヶ月で見直しを行っている。家族等からの要望や医師や看護師の意見を取り入れている。	
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	日中、夜間のサービス提供状況、その中で気づきを記録し、情報の共有につなげ、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 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	その時々生まれるニーズに対して、可能な限り利用者本人、家族の状況に応じたサービス提供ができるよう取り組んでいる。		

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	腹話術・音楽療法、ボランティア等を通して豊かな暮らしの支援、避難訓練や心肺蘇生の訓練を通して安全な暮らしを支援している。		
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	かかりつけ医の受診を支援している。受診、訪問診療、往診に対応し、必要な情報を提供し、適切な医療が受けられるように取り組んでいる。	入居時にかかりつけ医への受診を確認している。受診は原則家族が付き添う。「医療連携シート」を利用するとともに、かかりつけ医と電話で情報交換をしている。	
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	毎朝、バイタルチェックを行い、看護師と情報を共有し、アドバイスを受け、適切な対応に取り組んでいる。必要に応じて訪問看護も依頼している。		
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。	訪問診療の際の対応、受診時の職員の付き添い対応により、顔の見える関係作りに取り組んでいる。必要な情報交換につなげている。		
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	入居時に重度化対応同意書にて意向を確認している。利用者、家族の状況の変化に応じて、事業の職員体制でできることを、家族、医療機関に伝え、利用者の安心できる暮らしを支援している。	ターミナルケアマニュアル、看取りの指針を作成しているが、研修を行うまでには至っていない。	重度化や終末期のケアに備え、研修の実施を期待する。
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	定期的に消防署での救命講習を受講し、実践力を身に付けている。		
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	日勤帯、夜勤帯を想定し、隣接するケアハウスと合同で、避難訓練を定期的に行っている。	夜間想定を含む避難訓練を年2回行っている。訓練の記録を作成しているが、反省会を行い課題について話し合うまでには至っていない。	避難訓練後は、実施記録だけでなく次回に向けた反省と課題を記録することを期待する。

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
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	人生の先輩として歩んできた歴史や人格を尊重し、言葉かけや介助に配慮している。また、毎月接遇マナーのアンケートを実施し、マナーの見直しに取り組んでいる。	職員は、利用者を人生の先輩と位置付けて、日々の支援に努めている。個人情報、肖像権に関する同意書の整備も行っている。	
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	利用者が思いを表出できるように、身振り手振りも含めたコミュニケーションに取り組み、自己決定につなげている。		
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	日課に沿いながら、その日の行動や表情、体調に配慮し、その人らしく暮らせよう支援している。		
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	日々の整容や清潔には配慮している。また、毎月おしゃれの日を決めて、カットに行ったり、家族の方に服を届けていただき、お化粧して、おしゃれをして過ごす日を実施している。		
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	食事の準備は難しくなっているが、片付けは一緒に行っている。刻み食、ペースト食の利用者が多く、食材や調理方法を話しながら、食事介助を行っている。	利用者は出来ることを職員と一緒にしている。家族等と外食に出かけるほか、月1回のお楽しみランチ、誕生日の手作りおやつなど、食事が楽しみとなるように支援をしている。	
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	食事摂取量、水分摂取量を記録し、利用者の体調に合わせ、必要な栄養バランスが確保できるように支援している。		
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、利用者に応じた介助方法で、口腔ケアを行っている。		

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
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	定時誘導を中心に、できるかぎりトイレでの排泄に、つながるように支援している。また、排泄の記録を取り、声かけのタイミング、パット、リハビリパンツ、オムツの使い分けを行っている。	利用者一人ひとりの生活リズムやパターンを把握し、適切な声かけ誘導でなるべくトイレでの排泄に努めている。	
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	排泄記録表により、排便状況を確認し、水分摂取の介助、歩行・体操等の支援、トイレでの腹部マッサージを行い、定期的な排便が起こるように支援している。		
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	入浴業務は、毎日実施、利用者は、原則1日おきの入浴を支援している。また、失禁等の状況に応じた対応も行い、清潔を保っている。	基本は週3回となっているが、利用者の希望があれば毎日でも入浴できるように支援をしている。季節感を味わえるよう、菖蒲湯やゆず湯を取り入れている。	
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	日中、散歩をしたり、外気浴をしたり、リハビリ体操して、夜間の熟睡につながるよう支援している。また、季節に合った室温、寝具に配慮し、気持ちよく眠れ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	利用者の処方薬の説明を読み、内容や用量を理解している。服薬管理表で記録、チェックを行い、確実な支援を行っている。		
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	外気浴、散歩の実施、新聞を読んだり、テレビを見たり、趣味の時間が持てるよう支援している。また、食事の後片付け、洗濯物たたみ等できること、役割のある暮らしを支援している。		
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支援している	日課に沿って散歩に出たりしている。季節を感じられるような、お花見や紅葉ドライブも行っている。また、家族と一緒に楽しく外出できるよう、支援している。	天気の良い日は車いす利用者も外に出て外気浴をしている。年間行事計画を立て、お花見等に出かけている。	

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
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	お金の管理は、施設で行っている。外出先での買い物、欲しいものがあれば、購入できるように支援している。		
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	電話や手紙の要望があればその都度、支援している。携帯電話を使用して、家族と話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	季節を感じられる生け花を飾ったり、壁画を飾っている。室内の温度に注意し、芳香剤の使用もしている。また、居室や共有スペースの整理整頓に努めている。	玄関やリビング兼食堂の壁面には、季節の花や利用者と職員で作成した季節の花の作品が飾られている。共用空間には、ソファ等が配置され、利用者が過ごしやすい場所になっている。	
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	窓際の日当たりの良い場所に、ソファを置き、利用者同士の交流スペースとして、思い思いに気ままに過ごせるように工夫している。		
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	家族との写真を飾ったり、使い慣れた家具を配置したり、思い入れのあるもの、なじみの品を置き、居心地よく過ごせるように工夫している。	居室にはエアコンやベッド、カーテン、クローゼットが備え付けられており、家族の写真や人形など思い出の品々を持ち込み、居心地の良い空間作りをしている。	
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で見守りができ、安全に過ごせるように支援している。また、トイレの場所をわかりやすく表示し、居室の入口には、ネームプレートを貼っている。		

(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 平成 29年 12月 8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	12	ターミナルケアマニュアル、看取り指針に基づき、重度化やターミナル期のケアについて、研修を行うまでに至っていない。	重度化やターミナル期のケアについて、外部研修や勉強会を実施する。	平成30年度に外部研修への参加、また、職員勉強会を計画、実施する。	12ヶ月
2	13	夜間想定を含む避難訓練を年2回行い、訓練記録を作成しているが、反省会を行い課題について話し合うまでに至っていない。	避難訓練後は、反省会を行い、次回に向けた反省と課題を記録する。	避難訓練実施後に、反省会を行い、課題について話し合い記録する。職員の情報の共有を図り、課題解決のための訓練に取り組む。	12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。