

### 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	令和 2年 9月 4日	評価結果市町村受理日	令和 2年 12月 3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="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891600157-00&amp;ServiceCd=320">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0891600157-00&amp;ServiceCd=320</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスミとビル4階
訪問調査日	令和2年10月22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)】**

田んぼや緑豊かな環境の中、鳥や草花や気候と四季の移り変わりを感じて暮らしています。お稲荷さんを中心に観光や食べ物など地域のうまいものを探して、お饅頭やソフトクリームを食べてコロナ禍での自粛を乗り越えています。日々の体調管理に務め、少しでも「笑顔が生まれる生活」を実践するべく体操や室内ゲームを充実させ職員と利用者が共に楽しみを見つけています。時には「別れの一本杉」で故郷を懐かしみ「リンゴの唄」で涙して昔を思い出しています。安心した生活になるよう、病院受診し主治医との連携に努めています。住み慣れたところで暮らしたいと言う家族の希望が本人の思いと尊重し、看取りを通して日々職員は尊厳に取り組んでいます。又、認知症でも安心して暮らせる環境をこれからもお手伝いして参ります。

**【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)】**

事業所の徒歩圏内にはコンビニ、スーパー、ホームセンター等の商業施設が点在しており、また南側に歩けば稲を刈り終えた田んぼがあったりと自然環境にも恵まれている。事業所の窓から佐白山の山並みや眼下に田園風景を眺めたりと利用者は季節の変化を感じながらの生活を送っている。管理者、職員はコロナ禍に於いても利用者に毎日の生活を生き生きと元気に笑顔で送れるよう午前、午後と体操や歌の時間を取り入れたり、天候に合わせて屋外に散歩に出たりと利用者の生活支援に取り組んでいる。事業所の運営推進会議に3、4名の家族等の参加があったり、隔月で家族会を開き利用者、家族等、職員で昼食を囲んだり、利用者、職員で出かける日帰り旅行に家族会も同行したりと、家族等の理解と協力を得ながら事業所の運営が行われている。

**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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き活きと働いている (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
<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	事業所理念を踏まえて「住み慣れた街で穏やかに笑顔が生まれる生活が営める」支援内容になるよう工夫している。「安心と責任」を利用者と職員が実践を通して共有している。	玄関や食堂に理念を掲示して共有するとともに、職員会議で確認をしている。職員とんでも話し合える関係等、働きやすい職場環境を提供し、職員が利用者に笑顔で接するようにしている。
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	日常的な交流は、コロナの影響で控えている。事業所の環境を活かし地域資源の活用を心がけ地域とつながりながら暮らしを大切にしている。廃品回収や地区の祭りへの協力又入所前からの新聞店と交流している。	近隣の子ども会の廃品回収や地区の祭り、赤い羽根共同募金等に協力をしている。高校生のインターンシップや各ボランティアも受け入れている。保育園のお遊戯会に招待され、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	施設見学や認知症での困りごとの相談や助言を行っています。インターンシップの受け入れをしたり地域の商店を利用することで認知症の方と接する機会を作り、支援方法や実践から理解に繋がる様にしている。	
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	コロナでの予防に努めて会議を開催し、利用者状況や支援内容について報告することで、良い点や改善点など話し合いが出来ている。事故のリスクについて頂いた意見など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、地域住民や関連施設の施設長等が参加して開催している。事業所からの報告や、最近ではコロナ禍での利用者のストレスをためないような生活の仕方について意見をもらったりしている。
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	毎月の状況報告、不明なことの問い合わせ等を行い顔の見える関係を構築している。コロナ対応や災害計画など行政と協力するように取り組んでいる。	コロナ対策や災害計画等で行政と協力するようにしている。入居状況報告を手渡しで市役所窓口が届けている。他に分からないことなどについては相談をしている。
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	全体で身体拘束、虐待禁止に取り組んでいる。身体拘束の指針を家族とも共有し職員は勉強や会議での身体拘束をしないケアを目指し常に問題意識をもち取り組んでいる。玄関施錠は、危険リスク回避し安全を重視しながら拘束をしない対応をしている。	接遇チェックシートを3ヶ月に1回行い、身体拘束しないケア、言葉の暴力等振り返りを行っている。運営推進会議の中で身体拘束の適正化のための対策委員会を開いているとともに、年2回研修を行っている。
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	管理者と職員は、虐待を助長してしまう要因に繋がらないよう関係性を良好にし、話し合える環境作りに取り組んでいる。利用者の変化に気づけるように、常に関心を持ち防止に努めている。	

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
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	研修や勉強会での制度を理解し、法令遵守を念頭に必要性が出た時に活用できる様に話し合っている。又、利用者の自立した生活を守りながらケアにあたっている。		
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	入居申し込み、見学や説明をし納得いただき契約している。不安や疑問は、契約後も説明を行っている。改定では、家族への説明後文書で了承を頂いています。看取りや入院により同意の上での解約となっている。		
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	家族会や面会時に意見を聞く機会を積極的に作り、運営推進会議では意見交換を行い、意見や要望それから行政との情報の共有に努める。議事録として職員に周知し、会議での話し合いで運営に反映している。	家族会や面会時に意見を聴く機会を積極的に設けている。運営推進会議でも意見や要望を聞き、行政とも情報の共有を図っている。	
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	会議などを通し運営に関する説明を行い、意向調査や目標管理を作成し面談等で意見を広く聞く機会を設けている。また、申し送りや会議で聞けた意見は、改善したり運営に反映しています。	日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議のほか、申し送りでも意見を聴くようにしている。意向調査や目標管理(自己評価、年間目標)を作成し、面談で意見を聴くようにしている。	
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	職員個々の評価を通して業務への意欲を高め、職場環境・条件は、制度の改定や今回のコロナ禍での交付金などやりがいがある給与体系になっている。有給や病気での休暇もお互いを思いやり取得しやすい。		
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	法人内の研修も充実し、外部研修に参加できる機会は確保されています。各種の資格も積極的に取得できる環境になっているので、働きながらスキルアップが出来る取り組みになっている。		
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	グループホーム間での情報の共有・他施設への訪問を行いながら統一した書類様式を活用している。会議や研修会への参加でサービスの質を向上させていくことができている。		

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	本人の思いを汲み取り、本人が安心できる居場所となれるよう環境を整えていく。職員や家族から情報を集めて安心できるケアを統一している。		
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	家族も心配なことはあるので、電話するなどして安心できるように対応しています。思いを傾聴し、情報を共有している。		
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	支援内容は、様子をみながら本人の思いを汲んでその時に必要なことに社会資源も活用している。		
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	本人の出来ることを探し自立できるように、笑いや話が出来る関係を作っていく。得意なことに取り組める支援をしている。		
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	家族とともに本人を支えていく関係を築いています。家族も支援という形で本人を支えている関係が続けるように取り組んでいる。		
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	コロナで面会は自粛しているので継続は難しいところがある。馴染みの人とはなるべく関係が途切れないように努める。	契約時に家族等や利用者に馴染みの人間関係等を聞いてフェイスシートを作成している。家族等と通院の帰りに外食をしたり、馴染みの店に行ったりするなど、関係が途切れないよう支援をしている。	
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	レクリエーションやリズム音楽、ゲームを通して仲間意識を持てるように職員は、中間で支えあえるように支援している。		

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
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	以前利用していた方とも情報が共有出来て、懐かしく昔話をしています。待機者とも支援に努めるようにしている。		
<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	相談記録や利用者の調査票を活用して、意向の把握に努めています。日々のかかわりを通して問題点やアセスメントを行い課題分析に繋げている。	利用者の隣に座り、話を聞いたり、散歩に連れ出したりして聞くようにしている。申し送りノートや個別ケースに記録を書いて、職員間の共有をしている。	
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	生活歴やケアプラン作成資料をヒントに本人や家族からの情報でサービス利用や生活環境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	一日を過ごしていただきながら情報を記録し、申し送りや会議での心身状況の変化や出来ることや出来ないことも含めて共有している。		
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	居室担当を決めカンファレンス会議での課題として意見や改善点を提案していただき、介護計画に反映している。	家族には、介護計画を説明しサインをもらっている。アセスメントを行ってはいるが十分ではなく、モニタリングが全員は行っていない。	アセスメントを行い利用者、家族の思いや意向に沿った目標設定を行い、支援内容を介護計画に反映させたり、モニタリングも利用者全員出来ることを期待する。
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	記録やケアの実践から本人の言葉を残していくことで次のケアへ繋げています。医療的な見方は主治医や看護師からの話を参考に計画に反映している。		
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	職員からの意見を取り入れながら、本人の機能向上に役立つ取り組みをしている。支援内容を色々考えて楽しみは利用者と共に笑いながら支援しています。ニーズが実現できるように家族の協力もお願いしている。		

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	避難訓練でお世話になる消防署や近所の警察所の資源は、安全な暮らしを守ってくれている。日ごろから地域とのかかわりが出来るよう支援している。		
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	主治医との関係は、家族協力で受診出来ています。受診時には生活の情報も共有できる体制に努め、職員協力で本人を支えている。又、かかりつけの医師の指示のもと適切な医療を受けられるように支援している。	ほとんどの利用者が以前からのかかりつけ医に受診している。協力医療機関の医師による訪問診療も月1回ある。受診の際はバイタル表を持参し、受診結果は受診ノートに記載している。	
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	介護職は利用者の状態の変化を報告し、看護師から助言をもらい適切に受診に繋がっている。日ごろから情報を伝えることで看護師と介護員で家族協力のもと支えている。訪問看護師の役割も重要です。		
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。	入退院の情報を伝えたり、受診の付き添いや家族へも状況を報告し日々の状態をお話しています。病院関係者との情報交換や相談できるよう日頃から良い関係づくりに努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化や終末期になり、少しずつ家族へも説明を行いながら今できることを、家族の思いから本人の思いもくみ取り、説明している。主治医も違うので方針も説明し理解いただいて確認している。運営推進会議を取り組みを報告している。	看取り介護指針、重度化対応同意書、終末期事前調査書同意書、医療体制同意書を整備して家族等に説明し同意を得ている。24時間オンコール体制が取られており、利用者のかかりつけ医に死亡診断書等お願いしている。定期的な研修以外にも看取りの利用者がいる時は追加して研修している。	
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	マニュアルや急変での対応を再確認している。高齢なので事故以外にもいろいろな状況での対応が求められる。医療依存度の高い研修へも参加し伝達研修を行い、実践に活かせるようにしている。		
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	地域での避難計画を作成し、火災、地震や台風での水害による被害を想定しながら、家族へは対策をお話しています。備蓄品の消費期限も確認し常に実施に使用できる状態で備えている。	夜間想定等を含む避難訓練を行い、訓練後は反省会を行い課題について話し合っている。運営推進会議の委員でもある民生委員が訓練に参加することがある。	

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>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	利用者や家族で立場が違ってくる。人格を尊重しその人の思いや、プライバシーに配慮した対応を心がけている。本人の思いを尊重した声掛けには言葉を否定的にならないように選んでいる。	職員は3ヶ月に1回接遇のチェックリストをつけることで利用者の人格の尊重やプライバシーについて振り返りを行い意識を高めて支援に努めている。年2回内部で人権尊重や守秘義務について研修している。	
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	希望を伝えられるときは尊重し、伝えられない人には何気ない会話の中から本人の思いを聞く。自ら決めて、行動に移せるように意識した働き掛けを行っている。		
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	本人の思いを優先し、体調や状態を把握して無理強いすることなく、ゆっくり過ごしていただいています。慣れない利用者の帰りたいたい思いにも寄り添って支援している。		
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	行きつけの美容室や化粧品を使い身だしなみを整えています。こだわりがあるので洋服は、個々に支援しています。鏡の前で髪をとかしたり、マニキュアをして喜ばれる支援をしている。		
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	季節の食材を取り入れたり、ホットプレートで焼きそばやホットケーキを焼き一緒に準備や食事をしています。行事での献立を取り入れたり、好きなメニューで出前を取ったり、ゆっくりと音楽を聴きながら食事を楽しんでいる。	宅配業者の献立に沿って食材が届き調理し、季節の食材や果物を追加して提供している。月2回は、利用者の食べたいものを聞いてお楽しみ会を実施している。	
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	食材提供での栄養管理、食事量や水分量を把握し、好きなものを提供し脱水にならないように注意している。体調の変化であれば、主治医や看護師と連携により情報の提供により、補助食品の処方をしている。		
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	食事前の口腔体操や食後の誘導や声掛けを行い出来ないところの介助をすることで、口腔内を清潔に保ち、歯科受診もしている。		

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	排泄パターンの把握から、トイレ絵の声掛けや誘導を行っています。生活リズムに沿ってトイレのリズムも重なりやすいので、誘導については順番も考慮しています。夜間は睡眠状態、身体状況に合わせた支援をしている。	排泄チェック表から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導しただけトイレでの排泄を支援している。夜間ポータブルトイレを使用したり、トイレに行く利用者の部屋をトイレの近くにするなどの工夫をしている。	
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	排泄記録から排便リズムを把握し食事・水分など便秘の原因を理解しトイレでの排便や運動、人によっては薬でも対応しています。ミルミルの服用や果物・牛乳など予防に取り組んでいる。		
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	体調や本人の希望を尊重した入浴支援をしています。タイミングに合わせたり清潔を心がけるので拒否がある場合でも、状況や気分を替えて時間をずらして、個々に沿って支援している。	基本週2回午後からの入浴としているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。季節に合わせたゆず湯やしょうぶ湯を行っている。入浴後は保湿剤を塗るなどしている。	
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	体調や夜間の睡眠に応じて一人ひとりの状況を確認し、傾眠等があるときには無理せず休んで頂く。日中の活動量を増やしたり、空調や寝具を整えて気持ち良く眠れるように支援している。		
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	受診での処方箋は、薬の説明を読んだり薬剤師から聞いたりして容量や用法を守り、副作用についても禁食や情報を共有している。症状の変化には、看護師や主治医と連携し確認しています。、誤薬事故にならない体制に努めている。		
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	感謝の気持ちを忘れず、お手伝い下さる掃除や洗濯たたみを日常的な役割とし、好みのお茶やビールを飲みおしゃべりをしたり、新聞を読んだり、カラオケで気分転換を図りながら張り合いのある生活を支援している。		
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に支援している	コロナ禍により外出行事を中止としています。個別に散歩や密にならないように少人数でのドライブやおやつを買いに近所へ出かけています。馴染みのある商店へは家族の協力で本人の嗜好を支援している。	天気の良い日には、事業所周辺の散歩に出かけたり、近隣住民と挨拶を交わしている。職員の買い物には利用者も一緒に出かけて化粧品やお菓子を買ったりしている。	



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	お小遣いをお預かりし、必要なものへの購入をお手伝いしている。所持して好きなものを買える環境にしている。		
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	本人や家族、知人からの要望で、はがきを頂いたり電話を受けたり、掛けたり支援している。入居間もない方には、帰宅願望での支援にとっても気を使っている。		
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	共用空間は、清潔を心がけ不快にならないようにしている。コロナでの対策も換気に注意したり、対面にならないような席にしている。季節ごとに展示物を替えたり、季節のものを食べたり日々の暮らしに花を飾り気持ちよく過ごせるようにしている。	利用者と職員で作った作品や季節の花を飾っている。居間兼食堂が広く、ソファや椅子も設置され寛いで過ごすことができる。コロナ対策で、利用者は対面ではなく並んで食事するようにしている。	
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	日当たりの良いところにソファを設置しゆったりと過ごしていただく所を提供しています。隣り合った方同士でお話が弾んでいるときは見守り、思い思いに過ごす時間を尊重している。		
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	見慣れたもの、使い慣れたものを配置したり、家族の変化も写真を飾ることで忘れないように心配りしていただきます。ご家族の協力で本人も居心地よく過ごせるよう工夫している。	居室にはベッドやエアコン、整理筆筒等が備え付けられている。利用者には使い慣れたものを持ち込んでもらい、居室担当職員と利用者が一緒に居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	できることを増やすために分かりやすく氏名を書いたり、座る位置を工夫して安全に生活できるようにしている。		

(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 令和 2年 12 月 3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	26	家族には、介護計画を説明しサインをもらってはいる。アセスメントは行えているが十分ではなくモニタリングが全員は行えていない。	アセスメントから利用者、家族の意向に沿った目標設定を行い、支援内容を介護計画に反映させたり、全員モニタリングできる。	毎月のカンファレンスの中でモニタリングを行う。	3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。