

(別紙4) 平成 26 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	0874300973		
法人名	(有)ケアサービスコスモス倶楽部		
事業所名	グループホームにれの木桃花寮		
所在地	茨城県古河市仁連1987-15		
自己評価作成日	平成26年11月13日	評価結果市町村受理日	平成27年4月2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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0874300973-008&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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1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)】

利用者、家族の意向や思いを大切に住民慣れた地域で穏やかに暮らし、施設の一部を開放することで家族や地域の方々との交流を持てるように支援をします。

【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)】

小規模多機能施設、障害者施設、訪問介護事業所を隣接し、開設10年目を迎え地域交流に積極的に取り組んでいる。職員は利用者一人一人に家族の一員として、心のこもった支援を心掛け日々の情報を共有している。利用者も個々に穏やかに過ごしている様子が伺われる。

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 (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	「一人ひとりに心のこもった支援を目指します」「共に歩み日々穏やかに過ごせるよう努めます」「家族も含め地域交流を図ります」という理念のもと積極的な地域との交流に努めています。	理念を掲げ職員間で共有し、日々の支援を行っている。また支援を通して、意見交換や情報共有をし理念に沿ったケアに繋げている。	
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	運営推進会議、スタッフ会議、定例会議などを通して地域密着について何をしていくかを話し合い取り組んでいます。	四季折々に合わせて桃祭りや地域のバザー、産業祭り、菊祭りに出掛けている。また、地域ボランティアを招き、書道、楽器、体操教室を定期的に行っている。小学生、高校生の職業体験の受け入れをしている。敷地内の桃の収穫時期には地域住民にお知らせし招待している。	
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	自治会参加、子供会行事などへの参加、地域の人々の集まる場所としての事業所の提供など行っています。		
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	利用者家族、行政など参加で運営推進委員会の開催、会議場での研修、意見の交換をし、サービスの向上に努めています。	偶数月に定期的に行っている。参加者は利用者家族、行政、元小・中学校の教職員、民生員、近隣住民、地域議員など多くの方々の参加により意見交換を行い支援に繋げている。	
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	管理者、ケアマネが自ら行政に積極的に行き、サービスの向上、連携、報告をしています。	『地域住民向けのグループホームとは』についての研修会を3社合同にて行った。また市民向けの研修会には積極的に参加している。	
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	継続して職員の指導も含めた身体の拘束に関する研修、身体拘束の意味の理解に努めています。	月1回、定期的に身体拘束をしないケアについて共有している。	
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	スタッフ間で話し合い、身体・精神的なものの梗塞の無いケアや観察、報告をしています。		

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
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	研修を受け訪問時やデイ・ショート利用時などの身体・精神的なもの等の観察や報告をしています。		
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	事前の見学や契約内容の説明を行い、納得していただいてから契約書に印を捺していただいています。		
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	家族会での意見の聴取や電話、面会時随時に意見の聞き取りなど家族が意見を述べやすくなるよう工夫をしています。苦情処理の解決第三者委員会を設置、受付報告を運営推進委員会の場に置いて行っていきたい。	利用者からは食事に関する要望やおやつに食べたい物の希望があり、一緒に買い物に行くなど意見を反映している。家族からの意見は家族会や面会時に聞き反映している。	
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	会議の場において意見交換をしています。	月1回のミーティングや伝達講習会を行い意見交換や情報共有に努めている。また、社長や管理者が常時在籍し、日々の相談や意見を聴く機会を作り、働きやすい環境作りがされている。	
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	ヘルパー2級・介護福祉士等の資格にあわせ資格手当を支給し、また、実践者研修修了者は役職者に任じている。		
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	認知症介護実践者研修の受講者が職員に対し研修を行う。		
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	施設同士の情報交換を寮便りを通し、サービスの向上に努めている。		

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
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	入居予定者には本人、家族に寮の見学や説明などしながら、本人の要望などを傾聴し、なごめる雰囲気を作り、安心感を持てると同時に信頼関係を持てるようにしています。		
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	相談者の方が安心して話せる雰囲気を作り、傾聴、理解し、適切な情報収集と提供に心がけ、信頼をいただけるよう努めています。		
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	利用者、家族の現在置かれている状況を聴き取り、生活上で直面している困りごとを把握し、適切な情報の提供に心がけています。		
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	主訴として困り事や心配ごとを聴く際に、本当は自分はどうありたいのか、ニーズの共有、自己決定出来るような支援を心がけています。料理面や特技など人生の先輩としての意見を聞くなど支え合う関係を維持しています。		
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	面会時間の規制を決めずに随時に面会・外出が一緒に出来、家族会の開催時の協力や一緒に行う等の他、通院等の可能な限り、家族と一緒に出来るようにしています。		
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	入居後もケアマネ、職員で本人の自宅での生活やなじみ関係を継続できるように面会やボランティア等やなじみの物等の環境作りに努めています。	近所の友人や住民が日常的に遊びに来ている。馴染みのお店へ家族が同行して買い物に行くなど継続した支援がされている。また、自宅への外泊を家族の協力を得て行っている。ipadを使用し、近隣の状況を把握している。	
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	日中はリビング、食堂をメインに10時3時のティタイム、レク、リハ参加時など交流が持てるように支援をしています。		

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
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	退寮にあたり、行き先等資料を含め、家族と共に探して次につなげています。		
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	介護計画の立案時に本人の意見を積極的に取り入れ、傾聴し、出来るだけ本人の意思に沿い作成、本人、家族に説明しています。	日々の支援を通して、思いや意向の把握をしている。また、家族からの情報収集を行い支援に繋げている。家族からは家族会や訪問時に聞いている。	
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	趣味や楽しみの価値観等傾聴し把握に努め、今まで頑張ってきたことに共感し、今までの生活の継続への支援をしています。		
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	お聞きし、スタッフ同士の随時の申し送りや申し送りやバイタルチェック・ノートの活用、観察をし、把握に努めています。		
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	本人、家族の意向を話し合い、職員間で共有し、情報を得て作成しています。	6か月から1年、又は随時モニタリングを行い計画立案を行っている。利用者、家族の意向を組み入れた介護計画を立案し、面会時に説明し同意を得ている。	
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	管理者、職員間で日々のケアや問題点などその都度話し合いをし実践しています。		
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	家族、本人の意向やニーズに合わせて通院の支援や面会の依頼、話合えるような支援をしています。		

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
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	家族、ボランティア、友人、地域の方々との交流を持ち、笑顔のある生活への支援をしています。		
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	かかりつけの病院の他、寮の協力医院の県西在宅クリニック往診診療、さいとう歯科の受診、往診など希望に沿った医療への支援を心がけています。	24時間訪問医との連携により、利用者の早期診察を受けていただき支援に繋がっている。利用者家族への連絡は診察前後に連絡し報告している。介護記録と申し送りノートに記載し情報共有している。	
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	毎日のバイタルチェックなどや様子観察気づきなど県西在宅医師、看護師に連絡、家族、他スタッフとの連絡・報告を取り支援をしています。		
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。	病院に入院時は必要に応じて医師、看護師と家族との連携・報告を取り合い、情報の提供・交換に努めて家族・本人の相談に乗り支援をしています。		
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	終末期、週度かに関しては本人・家族と話し合い方針を決定しての支援を心がけています。	終末期医療について要望に合わせた支援を行っている。訪問看護師より、終末期に必要なケアについて指導を受けて支援している。訪問医、介護士、看護師の情報共有がされている。	重度化や終末期に向けた方針について、利用者の病状変化時の対応を書面や同意書、介護記録に記載するなどの検討をして戴きたい。
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	地域の消防本部より講習を受け、対応への勉強、支援をしていきたい。		
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	災害時はふれあいスポーツセンターに避難。又井戸水と水道水を使用し水の確保が出来るようにしています。日中、夜間を想定した避難、通報、消火訓練を行っています。	定期的に避難訓練を行っている。今後は夜間想定した避難訓練を検討している。震災後は、備品や備蓄の見直しを行っている。	災害対策について、火災・地震発生時の具体的対応のマニュアルを検討して戴きたい。

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
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	プライド、プライバシーには十分に配慮し対応支援をしています。個人情報の取り扱い、写真の掲載などは同意書にて頂いています。	日々の支援や排泄、入浴時の声かけに、利用者一人一人を尊重し対応している。重要事項の書類について、苦情解決者の追加記入を検討して行く。	
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	本人の意思で決められるように傾聴し、相談に乗り支援をしています。		
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か、希望にそって支援している	利用者の意向・希望に配慮して自分で選べるように、声かけ支援を心がけています。		
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	整容や身だしなみなど自分でできるように声かけや準備などの支援をしています。		
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	配膳や調理の準備、片付けなど状況に応じて手伝ってもらい出来る範囲で参加を促しています。職員も一緒に食事をする事で明るい雰囲気の中で食事が取れるように配慮しています。	日々の献立は利用者と共に検討し、食材と一緒に買いに行き、準備から片付けを行い支援に繋がっている。また、食器は陶器を使用し、馴染みの支援に繋がっている。	
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	食事の摂取量・水分等個人別に記録し、把握に努め、医師、家族と連絡を取り合い支援をしています。		
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	年2回のさいとう歯科の往診、指導を受け、毎日の口腔ケアや衛生、食時の前の嚥下障害予防のために、発声練習などへの声かけを支援を行っています。		

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
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の把握に努め、トイレの声かけや誘導、介助を行い、トイレでの排泄に向けて、出来るだけプライドを傷つけないような支援を心がけています。	排泄自立に向け、日中夜間共にトイレ使用を支援している。居室にトイレが設置されている為、衛生面に配慮されている。	
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	調理の工夫や看護師と連携し、排便のパターン、把握に努め個々に応じて支援をしています。		
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	一人ひとりの様態や希望を聞きながら個々に合わせた支援をしています。	週3～4日または、随時入浴支援をしている。また、感染症についても留意している。	
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	馴染みの物を部屋に置き、居心地の良い空間や安眠できるように話し相手や相談に乗り、安心して休むことが出来るような支援を心がけています。		
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	医師、看護師により薬の把握、説明、個々に合わせて支援をしています。		
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	自分達で食べたいものを作ったり、今までの趣味など他の入居者の方々へ教え合ったりしてお互いに持っている力を発揮できるような支援を心がけています。		
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	ボランティアさんの協力を得て、地域のお祭りや産業祭などに参加、家族、職員と一緒に買い物や外出など希望に合わせて支援をしています。	日々の食材や日用雑貨の買い物に随時出掛けている。また、図書館や市町村イベント、四季折々に合わせた外出支援に繋げている。	

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
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	個々に合わせて金銭管理への支援をしています。		
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	電話や手紙など本人の希望時随時に出来るように支援をしています。		
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	暖炉の暖かさのある生活空間の延長のような環境や四季を五感で感じられるよう花や緑に囲まれ、居心地良く過ごせるよう支援を心がけています。	木造作りの明るく暖かな作りであり、天井の高さにより落ち着いた雰囲気を感じさせる空間作りがされている。また、イベントや四季を感じさせる雰囲気作りがされている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	暖かく居心地の良い暖炉前や思い思いの場所にゆったりと過ごせる居場所の工夫をしています。		
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	馴染みの物を部屋に置き、安眠できるような居心地の良い場所への支援を心がけています。	馴染みの家具や写真、仏壇が置かれ、馴染みの環境作りがされている。また、居室内のトイレには、工夫された環境設定がある。	
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	わかりやす部屋への配慮や自発的にリハなどできるように手すりやスロープ、階段などの利用をしています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームにれの木桃花寮

目標達成計画

作成日:平成27年3月23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	33	重度化や終末期に向けた方針について病状変化時の利用者、家族の同意書や記録の記載をする。	重度化や終末期に向けた介護や医療など訪問医、看護師、本人、家族、介護職員間で情報の共有し、書面等で記録に記載するなど取り組んで行く。	・終末期医療について要望、病状の変化に合わせた支援を行なって行くために対応の介護記録への記載や同意書を作成する。	12ヶ月
2	35	定期的な避難訓練を行っているが、災害対策について火災・地震発生時の具体的なマニュアルの作成をする。	夜間体制・連絡体制の見直し、地域と連携した活動を行って行く。	・火災・災害についての勉強会をする。 ・夜間時の連絡体制の見直しをする。 ・夜間時想定での避難訓練の実施。	12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。