

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	2371501277		
法人名	(有)スリーハンズ		
事業所名	グループホームなでしこ猪子石原 2階		
所在地	名古屋市名東区猪子石原2-717		
自己評価作成日	24年2月7日	評価結果市町村受理日	平成24年3月29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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2371501277&SCD=320&PCD=23
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年2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)】

『その人らしい尊厳ある生活を大切に』を理念に、敬語を基本・入居者本位をベースとし、スタッフは内外研修で、認知症に関する知識習得や入居者視点を根付かせる等による質向上を目指している。
 又、家族との共同支援が重要と考え、密な情報交換やいつでも気軽に来訪できる雰囲気作りを心掛け、毎年夏・冬まつり後の家族会では自由な意見交換により、更なる良好な関係につながるよう出された意見を検証し、入居者様が穏やかな生活を送れるように役立てている。

【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)】

--

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ます (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

[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	ミーティング開始前には、理念の唱和を行い確認・共有し、内部研修等で理念を掘り下げて職員全員で話し合い、具体的なケアについて意見統一し、実践につなげている。		
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	地域の行事(食事会等)参加や地元ボランティアによる催しの施設内開催、施設行事の夏・冬まつりには地域住民に参加を呼び掛けており、近年では地域住民の参加が増加傾向にある。また日常の散歩や買い物では、地域の人と挨拶を交わすなどの交流がなされている。		
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	食事会への参加や外食などで認知症の方の日常会話、行動等を知っていただき、理解、支援を得られるよう働きかけている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	会議では、施設からの報告とともに参加メンバーから質問、意見、要望を受け、それらの取り上げられた検討事項や勘案事項について、ミーティングで職員への報告・話し合いを行っている。		
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	地域包括支援センターの運営推進会議への委員参加により、意見交換はしている。市町村へはサービス内容や家族対応についての疑問点、感染対策などを積極的に質問して、指導を仰いでいる。		
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	『拘束はしない』を原則とし、ミーティングや内部研修で高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会を実施し、職員の共有意識を図っている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に関する施設外研修によるスタッフへの研修報告や内部研修・ミーティング等で虐待について取り上げ、高齢者虐待防止法に関する理解や意識を高め、虐待防止に努めている。		

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	研修に参加して学び、研修報告を行ったが、必要性のある入居者はすでに家族で活用されている為、今後も必要があれば支援したい。		
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	契約時は重要事項説明を丁寧に行うことはもとより、疑問点には充分時間をかけて説明することで、不信感や不安感を出来る限り取り除き、契約後の変更等に関しては、家族会や文書で説明し理解を得るようにしている。		
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	半年に1回の家族会ではスタッフを交えた意見交換の後に、家族だけでの話し合いの場を設け、出された意見・要望をリーダー等で話し合い今後の取り組みに活かしている。また、意見箱の設置やリーダー不在時の意見・要望書類により、家族が意見・要望、苦情を言い出しやすい環境作りをしている。		
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	月一回のミーティング、半年に一回の代表者及び管理者との個別面談を行い、職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また、管理者・リーダーは日ごろから職員とコミュニケーションを図るように心がけ、職員の気づきやアイデアが運営に活かされるよう努めている。		
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	代表者は管理者から随時スタッフの状況報告を受けて把握し、スタッフが向上心を持って働けるよう職場環境づくりや条件整備に努めている。		
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	スタッフ個々のレベルに合った研修等の機会の確保、研修報告や内部研修の実施、新人職員に対する施設内研修及びマニュアルに沿ったマンツーマンのOJT体制等によりスタッフ全体の能力向上に努めている。また、ヘルパー2級講習受講の補助制度も設けて受講を推奨している。		
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	度々の施設外研修はもとより、全国グループホーム大会には毎年数人の職員が参加し同業者と交流している。又、運営推進会議には他施設の管理者とお互いに委員として参加することで交流の機会を設けている。		

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
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	面接段階からその人の生活歴や人柄を本人や家族から情報収集し、本人と話す時間を多く持ち、職員が本人に受け入れられるような関係作りに努めている。		
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	初期段階から家族の困っていることや不安なこと、要望等を十分に傾聴し、思いを受け止め、共有していく姿勢を示すことで信頼関係を築くように努めている。		
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	サービスを始める前にその必要としているサービスを見極め、的確な支援ができるように努めている。場合によってはケアマネジャーや他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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	『やり過ぎ介護』にならないよう注意し、残存能力、潜在能力を引き出しながらも、『寄り添う介護』で本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ることにも努め、暮らしの中で分かち合い、共に支えあえる関係作りに留意している。		
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	職員は家族の思いに寄り添いながら、本人の暮らしぶりを来訪時や電話等で報告し、援助の方向性を相談しながら、本人を支えていくための協力関係が構築できるよう努めている。		
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	今まで築いてきた生活を大切にするためにも、家族だけでなく知人の来訪や電話連絡等で断続的な交流がなされている。また家族との外出・外泊なども自由になされている。		
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	共同生活の中でそれぞれの方がいろいろな役割を持つことで、協力し合い支え合っていることを理解してもらえるような支援に努めている。また、利用者同士の関係が円滑になるよう、職員が調整役となり支援している。		
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	契約終了後も、次施設への見舞いや訪問・家族の相談に応じるなど、これまでの関係性を大切にしている。		

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
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	今までの生き方を尊重し、本人や家族との日々の関わりの中で、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。意思疎通が困難な方には、家族を交え検討したり、センター方式を活用するなどし、本人本位の検討に努めている。		
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	職員はその人のバックグラウンドに関する情報の大切さを理解しており、入居時にはプライバシーに配慮したうえでの家族からの情報収集や本人との日々の会話から、その人独自の生活歴やライフスタイル、個性や価値観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	日々の関わりの中で、変化や気づきがあれば申し送りやカンファレンスで確認・情報共有し、その後の本人への働きかけも含め、現状の把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	本人や家族の意向・主治医の意見などを踏まえたうえで、職員それぞれがアセスメントを行い、職員全員で意見交換やモニタリング、カンファレンスを行っている。カンファレンスには、1年に1回若しくは大きな心身の状態変化があった時などには、家族参加を依頼している。		
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	食事・水分量、排泄等身体的状況や日々の暮らしの様子等を個別記録に記入し、職員全員が確認し情報を共有しながら日々のケアの実践に活かしている。また介護計画の見直しに活かすことができるよう、ケアプランチェック表の改良を行った。		
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	本人、家族の状況・ニーズに応じて、必要な支援は出来る限り柔軟、臨機応変かつ敏速に対応するよう努めている。課題として、表出に消極的な本人や家族のニーズの汲み取りが上げらる。また、多種に渉る専門医の往診、訪問マッサージなど、既存のサービスに捉われる事のなく、個々のニーズに合ったサービスの提供がなされるよう、情報収集し提供できるよう努めている。		

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
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	地域の食事会に定期的に参加したり、外食や地域ボランティアの来訪等の地域資源の活用、運営推進会議における地域包括センター、地域のサービス事業者、民生委員等によって構成される人的ネットワーク組織の構築に努めている。		
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	家族、本人の了解を得、当施設提携医療機関の内科医がかかりつけ医となり、定期的な訪問診療を行い、必要に応じて往診時には家族が立会い、直接意向を伝えるなどし、希望に添った適切な医療を受けられるよう支援している。希望により提携医療機関以外の受信も支援している。		
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	提携医療機関の訪問看護ステーションとの契約により週一回の健康チェックを受けている。24時間いつでも連絡が取れるようになっており、異変時には、相談し助言を受け、必要な場合は訪問による処置が受けられるような体制作りがされている。		
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	入院時には、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供している。また、家族とも回復状況等を情報交換しつつ、病院関係者と退院計画を立案し、速やかな退院支援に結びつけている。		
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	入居時に重度化した場合の意向を書面で確認している。ターミナルケアでは主治医と家族の話し合いや訪問看護師の意見を参考に、当ホームで対応できる事を十分に説明したうえで、各職種が連携し「ご本人が安心して納得した最後が迎えられるよう支援している。		
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、実践力を身につけている	利用者一人ひとりの緊急時マニュアルの整備と周知徹底を行っており、緊急時に慌てることなく対応できるようにしている。また、夜勤者は必ず消防署の救命講習を受けているが、内部研修でも夜勤帯の応急手当から、その後の連絡、対応方法についても想定し、身につけるようにしている。		
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	災害時対応マニュアルに従い、火事・地震いずれかの避難訓練を、ほぼ毎月行っている。地域の協力体制には、運営推進会議で地域の方に協力を呼び掛けている。		

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
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	個々の性格や、その人らしい日常の過ごし方を尊重し、自己決定しやすい声かけや対応をしている。援助が必要な時も、本人の気持ちを大切にし、誇りやプライバシーに配慮したさりげないケアを心がけている。		
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	本人の意思表示が遠慮なく出来るような環境作り、関係作りと、どんな些細なことでも一方的ではなく複数の選択肢を提案し、自己決定でき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し、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	1日のスケジュールは大まかにはあるが、その時々状況により、本人の意向を優先し、できるだけ希望に添えるよう柔軟に対応している。		
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	毎日の整容は本人に行ってもらっている。散髪等は本人の希望により近隣の理容院、又は訪問美容により定期的に行っている。意思表示の困難な方には、職員と一緒に考え、本人の気持ちに添った支援を心がけている。		
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	出来る限り、調理、盛り付けなど出来る限り利用者と共に行い、職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事出来るよう雰囲気作りも大切にしている。		
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	毎日、食事・水分摂取量を記録して状況把握に努め、専門職の指導の下、その方に合った食事携帯で提供している。また一人ひとりの嗜好に合わせた柔軟な対応で栄養、水分の確保をしている。		
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	起床・入床時は口腔ケアを促し、必要な方には義歯の洗い直しで対応している。週に2回の義歯洗浄剤の使用、定期的な訪問歯科医による口腔ケアで清潔保持に努めている。		

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
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	尿意の減少・喪失した方にも、できるだけトイレでの排泄できるよう定期的なトイレ誘導を行ない、紙パンツ、パット類はご本人に合わせ検討し排泄の自立に向けた支援を行っている。		
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	できるだけ薬に頼らないように、十分な水分摂取、食物繊維の利用を試行し、毎日、体操も取り入れている。又、その他、便秘に効果があると思われることは試している。また、排泄表にて個々の排便状況を把握している。		
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	毎日入浴できる環境にしてあり、その日の心身の状態を把握しつつ、なるべく希望に添えるよう柔軟に対応している。		
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	一人一人のペースに合わせて、いつでも休息できるような配慮をしている。また個々の休息の必要性を医療者に確認し、必要に応じて誘導・介助をしている。		
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	個々の薬の説明書はいつでも確認できるように設置し、薬に関する疑問や知識は提携している薬剤師の訪問時に確認・取得している。又、症状の変化の確認をし、主治医や看護師への報告・相談をしている。		
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	毎日レクタイムを設け、体操や歌、貼り絵、百人一首等、その方の得意とする事や、楽しいと感じることを提供するように配慮している。また、本人にとって重要だと思われることはプランに反映して支援している。		
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	散歩や買い物、理容院など本人の希望にはその都度速やかに対応するよう努めている。家族等との外食や外出はいつでも気軽のできる雰囲気作りに心掛けている。		

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	本人の希望に添い、自己管理のできる方には家族と相談の上管理してもらっており、必要なものをご自分で買い物していただくことで、生活の楽しみにな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	本人の希望があれば自由に電話をしてもらっており、移動可能な電話を使用してもらい、ご本人の好きな場所で会話ができプライバシーへの配慮がされている。また私物の携帯で家族等と自由な交流も行われている。		
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	適温・適湿を心がけ、採光の刺激のないようにカーテンの開閉にも配慮している。又、季節の行事に添った壁面飾りをしたり、季節感のある置物で心和むように工夫している。		
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	相性、食事時の見守りによる安全性の確保の観点より、定席はあるものの、自由な席移動、ソファやカウンター席などの設置により、思い思いに過ごせるような環境づくりをしている。		
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	畳に布団、畳にベッドなど、慣れ親しんだ生活スタイルで安心感を持ってもらい、家族と相談し馴染みの家具を配置したり、位牌、家族写真など大切な物を持ち込むことで居心地の良さ、安心感に繋が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	居室の名前のプレートやトイレを表示して分かりやすくしている。又、トイレ内、浴室内に目立つ色の滑り止めテープを貼って、残存能力を十分に発揮しながら安全に暮らせるように配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ猪子石原

目標達成計画

作成日: 平成 24 年 2 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 (13)	職員全員が万一の火災発生時に消火器を適正に使用できるようになる	専門家の指導を受けて使用方法を身に着ける	専門家の指導を受ける	6ヶ月
2	2 (2)	入居者様が服薬されている薬の知識を得る	入居者が服薬されている薬の効果や副作用等を理解する	提携薬局の薬剤師に講習を依頼する	2ヶ月
3	10 (6)	認知症や身体機能の重度化した方が多くなり、軽度の方の楽しみが減った	外出の機会を増やす	体力が低下されていない方を対象に、家族の協力を得て、少し遠出の企画を立てる	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月