

### 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	26年1月30日	評価結果市町村受理日	平成26年4月18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.kaiyokensaku.jp/23/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2012\\_022\\_kani=true&JigvosvoCd=2371501277-00&PrefCd=23&VersionCd=022](http://www.kaiyokensaku.jp/23/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigvosvoCd=2371501277-00&PrefCd=23&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『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26年2月25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)】

【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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12) <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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) <input type="radio"/> 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
<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	毎月のミーティングで必ず理念の唱和を行っており、内部研修等でも理念を掘り下げ、スタッフ全員で話し合う機会を作っている。また日々のケアを通し、個々にも話し合い、意識付けに努めている。		
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	地域の行事参加やお茶会の場所提供、施設行事では、近隣住民を対象とした祭りも行い、地域との繋がりを継続できるようにしている。近隣へ買い物に行くと、顔なじみの店員や地域住民とのふれあいやさりげない支援が受けられるようになってきた。		
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	買い物、外食、施設イベントの近隣住民参加等で、実際に交流を持つとともに、日々の暮らしを見ていただくことで、認知症の方の理解が得られるように働きかけている。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議では施設の状況、イベント等の報告を行い、頂いた意見等をミーティングで伝えている。他のグループホームと運営推進会議の相互参加による意見交換も行い、サービス向上に努めている。		
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取り組んでいる	サービス内容や家族対応などの疑問・不明点に対し、ホーム長や代表者が市担当部署に積極的に連絡、相談をし指導を仰いでいる。また、いきいき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もしている。		
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	外部研修で正しい知識を得、職員会議やケアカンでは身体拘束のみならず、薬や言葉の拘束についても『拘束はしない』を原則に話し合い、入居者の安全を確保しつつ自由と感じていただけるケアをめざしている。		
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	研修報告や、職員会議で虐待について取り上げ、関連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	現在該当者はいないが、管理者や一部の社員は支援した経験や研修に参加し内容は把握している。今後、内部研修等で職員皆が学ぶ機会をつくり、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	本契約の前に、“お試し入居10日間”を利用していただき、疑問点には充分説明して不信感や不安感を取り除き、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	家族会では、家族だけでの話し合いの場を設けたり、家族来訪時の情報交換、意見箱の設置、リーダー不在時の意見・要望書類等により、意見・要望、苦情を言い出しやすい環境づくりと、それらに出来る限り応えサービスの向上に努めている。		
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	毎月の職員会議では、意見・提案をすることができ、諸事情により欠席した職員も書類で意見や提案ができるよう工夫している。また代表者との個別面談、管理者やリーダーとの日常的な意見交換により、意見・提案を運営に反映させている。		
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	人事考課制度の取り入れや、それぞれの職員が得意とする能力が発揮できる係を割り当てるなどし、やりがいや向上心が持てるよう環境・条件の整備に努めている。		
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、研修報告による情報(学び)の共有、新人職員が介護技術等の習得状況が分かりやすいように書類を掲示したり、リーダーとの交換日記スタイルの報告書を使う等、介護技術の指導や技術向上のための意見交換が容易にできる環境づくりをすることで職員全体の能力向上を目指している。		
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	全国グループホーム大会には毎年数人が宿泊を兼ねて参加している。運営推進会議には相互参加等で情報交換し、他施設への研修会参加にて、質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
<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	職員は入居当初の本人の不安感や混乱・緊張等の気持ちを受け止め、細やかな視点に立ち、少しでも安心できる環境づくりと、信頼関係の構築に努めている。		
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	当ホームは家族がいつでも気軽に来訪・宿泊できる環境にある。特に初期には可能な家族に数日滞在してもらい、不安や要望を十分に傾聴し、安心していただけるような関係づくりに努めている。		
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	見学や問い合わせの段階から、本人・家族が今何を必要としているのかを十分な聞き取りの上で見極め、安心、納得したサービスが受けられるよう努めている。		
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	人生の先輩として、尊敬、教わる姿勢を心がけ、残存能力や潜在能力に働きかけ、さりげなく“できる事”を提供している。職員会議やケアカンでは入居者の思いを共感することの大切さを話し合い、共に生活しているもの同士の関係づくりに努めている。		
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	本人と家族の関係継続や修復が出来るように、家族来訪時や電話等で情報交換をし、家族のケアカン参加や自由な家族の宿泊、家族との外出や外泊もしてもらい、共に本人を支えていく関係づくりを心掛けている。		
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	本人の要望を汲み取り、馴染みの場には家族の協力を得て同行してもらい、家族だけでなく知人の来訪や電話や手紙(年賀状等)のやりとりで継続的な交流ができるよう支援している。		
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	入居者の関係を見極め、心地よい円滑な関係作りができるようにレクや家事、日々の会話にさりげなく職員が調整役として間に入り、相性が合わず孤立しがちな方も受け入れてもらえるような配慮をしている。		

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
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	退去後もお見舞いや次施設への訪問、家族からの相談に応じるなど、これまでの関係性の維持に努めている。		
<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	本人や家族との日々の関りの中で、一人ひとりの思いや意向の汲み取り・把握に努めている。意向の表出が困難な方も、家族からの情報やケアカンでスタッフ個々の気付きを共有し、本人の視点にたった検討をしている。		
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	職員は本人や家族と信頼関係を築きながら、本人の自分らしい暮らしを支援するためのヒントとして、生活歴等の情報収集をはじめ個性や価値観の理解に努めている。		
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	日々の関りの中で、変化や気付きがあれば毎朝の申し送りやケアカンで確認・情報を共有し、その後の本人への働きかけを含め、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	家族、医療、マッサージ師と普段からコミュニケーションをとりながら、3ヶ月に1回の見直しを基本としてケアプランの作成を行っている。また職員全員がアセスメントを行うことで、ケアカンでの情報の共有・意見交換に活かしている。		
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	生活記録、排泄・水分表、バイタル記録表、気付き表、ヒヤリハット記録表で職員全員の情報共有をし、生活記録には毎日ケアプランの実行状況を記録(モニタリング)することで、ケアの実践や計画の見直しに活かしている。		
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	入居者の家族と暮らしたい思いを受け入れ、家族の宿泊や食事を共にする、外出・外泊はいつでもできる等家庭的な雰囲気を生かしている。また、民生委員主催の高齢者対象のお茶会の会場として施設を開放している。		

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	定期的な地域の食事会参加、近隣店への外食や地域ボランティアの来訪、ほぼ毎日出かける近隣店への買い物や散歩では、顔なじみの住民や店員もおり気軽に声が掛ったり、気軽に来訪され入居者と交流がある。		
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・本人の了解を得て、近隣病院の内科医がかかりつけ医となり、週3回の訪問医が訪れている。往診時には家族が立会うこともあり、直接疑問点や意向を伝えていただいている。その他に、歯科、眼科・皮膚科・耳鼻科の往診が随時あり、情報提供のできる認知症専門医の受信も勧めている。		
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	かかりつけ医と同法人の訪問看護ステーションとの提携により、週1回の健康チェックを受けている。24時間対応しており、特変時には訪問看護師を通じ、かかりつけ医の指示を受けられる体制にある。		
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、本人の支援方法に関する情報を提供している。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、事業所の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	重度化した場合の意向は書面で毎年更新し確認している。実際に重度化したときは、かかりつけ医・訪問看護師・家族と協議し、当ホームでの看取りが決定した際は、変更可能な各意向・方針・ホームの現状(限界)を書面で確認し、本人の穏やかな終末に向けた支援に取り組んでいる。		
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	救命救急法の受講を各スタッフ行い、研修報告で全スタッフが習得できるように努めている。緊急時対応マニュアルも作成して備えている。		
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	施設内だけの防災訓練であるが、想定を変え行っている。非常用食料の賞味期限の把握、備品のチェックを行い、運営推進会議では地域への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
<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	人生の先輩として尊敬の念を持ち、個々の性格や、その人らしい生活を尊重し、自己決定しやすい声掛けや、援助が必要なときも、誇りやプライバシーに配慮したさりげないケアを心掛けている。		
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、時には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、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あるが、出来る限り本人の意向を優先し、職員本位ではなく、入居者一人ひとりが自分のペースで過せるよう柔軟な対応を心掛けている。		
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	本人の以前からのおしゃれに対するこだわりが継続できるように、家族の協力も得ながら化粧品の調達の支援や、近隣の美容室に同行するなど、一人ひとりが自分らしい身だしなみや、おしゃれができるよう支援している。また整容・衣類の乱れ、汚れに対し、さりげなく声掛けや介助でプライドに配慮している。		
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	職員は全ての入居者が準備や調理に参加できるよう、工夫し積極的に声をかけている。片付けも、下膳や食器洗い・食器拭き等、職員と一緒にやっている。誕生日には、その方のリクエストになるべく応えられるように、献立し提供している。		
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形態で提供している。水分量も毎日記録し、入居者個々の好み(種類・濃度・温度等)を参考に、水分の確保に努めている。		
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	個々に合わせた歯磨き方法や週2回の義歯洗浄剤使用で清潔保持に努め、職員の介助だけでは不十分な方は、訪問歯科医による口腔ケアの施術を受ける支援をしている。		

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
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	個々の排泄状況をその都度記録し、その人のパターンに合わせたさりげない声かけや誘導をしている。また時間帯で布パンツと紙パンツを使い分けるなど本人に合わせ検討し、排泄の自立に向けた支援をしている。		
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	十分な水分摂取や毎日の体操・散歩で自然排便を促している。また排便記録をとり、かかりつけ医指導のもと、状態に合わせた適切な排便コントロールをしている。		
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であり、時間帯や援助方法も家族の了解を得て、なるべく本人の希望を優先している。		
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	いつでも気兼ねなく自由に昼寝が出来る環境にあるが、体調に合わせ、必要な方には声掛けも行っている。また日中傾眠が強く、夜間不眠の方には、日中に楽しみごとの提供等で活動を促し、夜間良眠に繋がるよう援助している。		
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、変更による状態変化は医療者に報告している。また毎月のケアカンで数名ずつの処方薬・既往歴・傷病を再確認し、重要性の理解に努めている。		
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	一人ひとりが“できる事”や得意とする趣味や特技など、その人の持つ力が発揮できる機会を、できるだけ多く作ることで、それが日々の役割や楽しみに繋がるようプランにも反映し支援している。		
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	個々の能力、希望に合わせ車イスでの散歩も積極的に声かけている。近隣への買い物等、本人の希望にその都度速やかに対応するよう努め、家族等の外出も含めいつでも気軽に外出できる雰囲気作りを心掛け実行している。		



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	本人の希望や能力に合わせ、所持金額や用途等を家族と相談しながら金銭管理を支援している。		
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	電話は本人の希望で利用してもらっており、移動可能な電話を使用してもらうことで居室等自由な場所で会話ができプライバシーへの配慮もしている。また私物の携帯で家族等との交流や年賀状のやり取りも支援している。		
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	リビングの壁面には手作りのカレンダーや季節感のある飾りつけを心掛けている。また、南側が大きな開口の明るい開放的な造りになっている。時には不快な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		
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	入居者は自由に思い思い好きな場所に移動している。介助が必要な方や不穏となった方には、希望を伺い、落ち着く場所への移動も援助している。		
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、使い慣れたベッドなど、入居前の慣れ親しんだ生活スタイルが継続できるよう配慮している。また、本人・家族と相談し馴染みの家具や小物を持ち込んでもらい居心地の良さ、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	高齢者特有の事故を未然に防げるように、トイレや浴室には、目立つ色の滑り止めテープや、マットを使用している。危険回避のみに重点を置かず、入居者それぞれの能力にあわせ、「できること」「わかること」を大切になるべく自分の力で動けるよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ猪子石原(2階)

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 1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	13	認知症介護経験3年未満のスタッフが半数な為、認知症についての理解度にばらつきがある	認知症を医学的にも理解し、認知症の疾患別の特徴を理解する事で、更にケアの質向上を目指す	毎月のスタッフミーティングやケアカンファレンスで認知症の理解に関する研修を取り入れていく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月