

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	2371501046		
法人名	有限会社 スリーハンズ		
事業所名	グループホーム なでしこ 2階		
所在地	名古屋市名東区社口2-906		
自己評価作成日	【平成】25年12月25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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=2371501046-00&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1月27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)】

10年目のなでしこの1年を振り返り、以前から課題になっていた終末期のケアについて、今回初めて2件の看取りケアを体験することが出来ました。入居者と家族、医療と介護を強い絆で結ぶ事ができ、本当の意味での「第二の我が家」に近づくことが出来ました。往診医、看護師にも年2回の家族会に参加をして頂き、看取りケアについて話し合いや意見交換をしました。往診医や訪問看護師との深い繋がりができ、入居者、家族、職員と信頼関係がより強くなったように感じています。また、看取りケア後、職員の意識が大きく変わり大変良いスキルアップに繋がっています。地域の中学生の福祉体験や体験学習の受け入れを行い、学区の運動会やイベントにも参加して、交流を図っています。今後もなでしこの花言葉のように「細やかな思いやり」と笑顔を持って、その人の思いに添えるケアを実践していきます

【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)】

--

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、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	目の届くところに理念を掲示し、毎月のミーティングで、復唱し理念の共有や実践に努めている。また新人教育でのオリエンテーション等で内容を細かく説明し理念の意義を伝えている。		
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	地域の自治会に加入し、回覧板の配布やゴミ置き場の清掃の当番に参加したりイベントや敬老の日のお祝いが届いたり、学区の行事にも参加している。近所の方に週に1回JAIにて買い物をして頂いている。		
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	散歩などや喫茶店、コンビニなどへの買い物で顔見知りになって認知症の理解を得ている。近所の方が来訪された時、なでしこの理念や認知症に対する説明をいつでも見学が出来るようにしている。		
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	「とんとん会」と名称し、気さくに話せる場を提供し、なでしこの状況を報告が出来るようにしている。また、曜日を替えて、参加できるように取り組んでいる。退居された方でも参加して頂き、交流を図っている。		
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	今年、名古屋市と厚生労働省の合同で運営指導が行われサービスの内容を伝える。概ね良好に運営されているとのことまた口頭での指導内容については改善に努めている。		
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	身体拘束をしない方向で取り組んでいる。職員に話し合いの場で、理解できるように伝えている。また、新人教育の時にもそのことの重要性を理解してもらえるように説明している。		
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	名古屋市の集団指導や研修等で学び職員に周知し、絶対にあってはいけないことを伝え防止に努めている。関わりについてもミーティング等で勉強会の時間の設けて、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	管理者、一部の職員は把握しているが職員全体では把握不足である。現在では、制度を利用している方が見えず、なかなか学ぶ機会がなく、今後研修等で勉強していきたいと思います。		
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、家族や入居希望者に重要事項を口頭で説明を行い、サイン、捺印を頂き保管している。事項の改定には十分話し合いをし、説明を行っている。同意書が必要な場合も同じように行っている。		
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	年2回の家族会や運営推進会等での幅広い意見を頂き、改善に向けて取り組んでいる。また意見や要望、苦情相談が出来るように、管理者、職員から声かけしている。相談内容は記録して、職員に周知して、改善できることは取り組んでいる。。		
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	年に2回夏、冬に人事考課を行い、人事考課意見書を個別に作成して職員に手渡して、必要とあらば個別面談を行っている。管理者から声かけて相談や提案がある場合は意見交換ができるように場を設けている。		
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	職員の勤務状況や実績、研修への積極的な参加の取り組みの把握に努めている。有給休暇、介護職員処遇改善交付金の活用も出来ている。		
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	職員の実績や力量を把握して個々にあった研修へ参加出来るように取り組んでいる。職員がそれぞれに係を持ち責任を持って取り組んでいる。介護技術の資格取得の為の社内研修やスタッフミーティングの勉強会にも取り組んでいる。		
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	研修等で交流を持った方や施設の方と電話やメールなどで意見交換出来るように取り組んでいる。もう一つの事業所と密な連絡を取りイベントの時はお互いに参加し交流を図っている。		

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
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	入居前に面談を行い本人の要望や家族の要望を聞き、生活に取り入れるよう努めている。また、入居後も積極的に本人、家族との関わりを持ち要望を聞いている。		
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	時間や回数などの制限なく事務所での相談、話し合いの時間をとっている。入居者本人と別での話し合いの時間もっており、本人を前にして相談しにくい事も言えるような時間をとっている。		
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	医療が必要な方に関しては往診医や訪問看護ステーションとの連携を取り、当施設で対応しているか等を本人や家族と相談、話し合いをして決められるよう支援している。		
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	施設の理念や方針により、職員は入居者とコミュニケーションを取り信頼関係を築いていく対応を日々心がけている。また、できることは自分で…という考えのもと、積極的に家事などへ参加できる環境作りに努めている。		
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	外出の機会には家族へ声をかけ協力を募っている。また、家族対応のもと散歩に出させていただくなどのことも行っている。訪問された時には家族と共に過ごせる時間を大切に支援している。		
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	家族や友人など馴染みの人が来訪しやすいような施設づくりを心がけている。来訪者に職員は笑顔であいさつ、お茶を出し過ごしやすい雰囲気、再来訪したくなるような対応を心がけている。利用者が手紙や電話で馴染みの人と連絡を取れるように支援している。		
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	全員での作業やレクリエーションを行い利用者同士の親交を深めている。また、所々にソファや椅子を配置し気の合った者同士が過ごせる環境を作りをしている。ボランティアやイベントを行い全員で過ごせるような時間を作っている。		

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
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	サービス利用が終了した家族が来訪する時がある。主に施設長が窓口となって誰でもいつでも来訪できる様な形を作っている。また退去時には本人にあった施設の紹介にも取り組んでいる。		
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	本人、家族の意向をセンター方式のアセスメントシートを使用し、思いや意向の把握に努めている。日常生活の中からも本人の思いや意向を把握できるように努めている。		
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	アセスメントシートにより生活歴、馴染みの暮らし方、生活環境、これまでの経過など把握しその人らしい生活ができるように努めている。本人、家族からも情報を得ている。		
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	一人ひとりの心身の状態を毎日チェックして本人に合わせた生活リズムを大切に支援している。介護記録や申し送り等で現状を把握し職員も共有できるようにしている。		
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	ケアカンファレンスを毎月1回行いスタッフ全員で課題、ケアの方法を検討し、本人、家族の意向も取り入れ介護計画を作成している。看取り段階になった場合は医療関係者の意見も反映させて介護計画を作成している。		
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	日々の生活をありのままに記録してスタッフ間で情報を共有して問題を検討しケアに活かしている。また、気づきや対応に工夫が必要な場合、意見交換ができる場を設けている。		
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	個々のニーズに応じて家族、医療関係者との連携を取っている。医療面においても家族と話し合いをして施設でできることは、対応して取り組んでいる。		

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	地域でのイベントに参加したり地域の学生を招き福祉体験や体験学習などの交流を持っている。年2回のイベント、年6回の会議にも地域から参加してもらっている。近くのコンビニにも買い物へ行ったり、お寺や神社へお参りに行ったりして楽しんでいる。		
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	月2回、往診を受けている。訪問看護師との連携を取れている。家族の要望により他受診ができるように支援している。特変時にも迅速な対応を受けている。		
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	医療連携が取れていて週1回の訪問看護を利用している。夜間の急変時や日頃の特変の時でもいつでも24時間対応できるようになっている。毎月の往診予定表や個別の連絡帳等で看護記録を残してくれて安心できるようにしている。		
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。	入院先にも出向き情報提供や状況の把握に努めている。退院後の受け入れ対応の為、往診医、医療関係者、家族を含み相談、連携を取り、本人の容態を考えて、対応できる関係作りをしている。		
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	本人、家族の希望を聞き要望に沿って説明をしている。重度化や終末期に向けた指針の説明も行い、同意書ももらっている。往診医、看護師により身体状態など説明を家族にしてもらい終末期にも取り組んでいる。		
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	応急手当の方法は研修で学んで職員会議の中で情報の共有はしている。訓練は行っていないが訪問看護師や医師から指導を受けて実践で何度も繰り返し行っている。		
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	毎月一回火災か地震の避難訓練を行っている。消防署立ち会いで消火活動訓練を行った。地域の防災訓練や災害対策の情報などの研修に参加している。備蓄も3日間備えている。地域との情報交換などをして協力体制を築いて行くように努めている。		

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
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	トイレの声かけは他者にわからないようにそれとなく誘導するようにしている。異性介助を嫌う入居者には出来る限り同性の介護者が入り、一人ひとりの尊厳に気配りをして対応している。		
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	できる方には、起床時の更衣も好きな洋服を選んでもらっている。朝食のメニューも自分の習慣にしている物を取り入れてもらい自己決定できる場を設けている。職員も本人の思いを聞き出せるよう対応することに努めている		
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	日々の中でその方のできることを見極め、その日の天候や体調を把握し、個々の希望を聞き散歩や買い物に出掛けて、できるだけ要望に沿った1日になるように努めている。		
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	月に一度の訪問理美容があり、頭髪カットや顔そりをしておしゃれをしている。メイクが好きな入居者には化粧品、鏡台を居室に置きいつでもメイクできるよう対応している。		
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	できる方には、ゴマすりや玉ねぎの皮むき、ホットケーキを焼いたり、野菜を切ったり、餃子を包むなどを職員と共に安全に行えるように対応している。下膳もできる方は進んでしており自然に行えている。		
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	ミキサー食、刻み食、小分けにするなど、個々に合わせた形態で対応している。水分は一覧表で1日の摂取量がすぐ分かるようにし、1200cc以上の摂取を促している。食事量が少なく栄養のバランスがよくない人には、医師の判断の下栄養補助食品も利用している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。週一度、歯科衛生士による口腔ケアの指導を受けている。自分できない人には、口腔内の清潔を保てるように常に気をつけている。		

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
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	個別に排泄の間隔や、トイレに行きたい時のサインに気づき職員全体で把握に努めている。可能な限りトイレでの排泄ができるように取り組んでいる。		
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	体操をする時間を作り体を動かす。水分をできるだけ多く飲んで頂けるように様々な飲み物を提供している。毎日ヨーグルトを使用したおやつを提供している。便秘のひどい方は、医師の診断の下、漢方薬の処方もあり調整しながら、個々にあった対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	主に昼過ぎから夕方にかけて毎日入浴ができる環境にしている。会話を楽しみながら職員と一緒に入浴が行える環境作りを心がけている。一人で入れる方は、見守り声かけして安心できるように支援している。		
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	日中車椅子に座りっぱなしにならないようにその時々に合わせて一人ひとりの状態に応じて休んでいただく。夜間足の冷える方には湯たんぽを使用するなどして安眠出来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	薬情報一覧表を個別のファイルに挟み確認できるようにしている。薬の変更時には申し送りノートに記載し職員全体での把握に努めている。また薬が変わったときは体調の変化に気をつけている。		
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	趣味や娯楽など入居後も継続して行えるように支援している。新たな役割を見つけるように努める。テレビ、散歩、習字、歌など、本人が楽しみと思える事をできるように支援している。		
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	スーパーやコンビニで買い物をしている。散歩や家族との外出が出来るように支援している。季節に合わせ花見や紅葉、イルミネーションを見に行けるようにしている。近隣の人と気楽に挨拶が出来るような関係づくりをしている。		

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
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	本人の希望に応じて自己管理してもらっている。買い物にも行って自分の好きな物を購入し、支払い出来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	家族、知人からの手紙が来たら渡し読んでもらっている。電話が掛ってきたら、本人と話ができるように支援している。		
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	清掃する場所を職員で分担して清掃し清潔保持に努めている。また明るさや湿度、定期的な換気などをして心地よく過ごせるように工夫している。好きなCDを流していっしょに歌えるようにしている。		
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	食事やおやつ時は、慣れた場所に座って食べている。リビングのソファで気の合う入居者同士、TVを見たり、会話を楽しめるようにしている。職員とも関わりが持てるようにしている。		
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	入居時に馴染みのものを可能な限り入れてもらえるようにして環境の変化を最小限にできるように居心地の良い空間にしている。		
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	階段や和室への段差等の部分があるので可能な限り安全に生活が送れるようにしている。トイレや浴室に表示して自分で行けるようにしている。ドアにテープをつけて手を挟まないようにし、閉める音を軽減したりして工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームなでしこ

目標達成計画

作成日: 平成 25年 12月 25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		ヒヤリハットの使用量や活用が少ない	継続してヒヤリハットの有効活用ができるようになる。	ヒヤリハットを使っでの検討会や勉強会をミーティングやケアカンファレンスに取り入れる。	12ヶ月
2		利用者との関わりでなれ合いや指示的な声かけになっている事がある。	認知症への理解を深め、職員全体で関わり方の改善を行う。	認知症対応の研修への参加。職場内でのミーティングでの勉強会を開き、職員全体での考え方の統一をし、認知症への理解を深める。	6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、行を挿入して下さい。