

### 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 1階		
所在地	愛知県名古屋市長区社口2-906		
自己評価作成日	平成24年 12月 25日	評価結果市町村受理日	平成25年3月21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="http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501046-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371501046-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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	愛知県名古屋市長区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年1月21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)】**

なでしこも今年で9年目になり、住み慣れた第二の我が家となるように入居者と家族、医療と介護を強い絆で結び、年2回「家族会」を行い意見交換をしながら、終末期のケアに取り組んできました。「その人らしい尊厳ある生活を大切に」の理念の基、穏やかで認知症であっても人として、その人らしく家族の愛情のもとで生活できるように、なでしこ一同頑張っています。今年は、家族と一緒に、水族館へ行く合同イベントも行うことができました。地域の方との交流も沢山あり、なでしこを身近に感じていただけるようになってきています。中学生のボランティアの受け入れ、近所の方の訪問・行事への参加、どなたでも来てなでしこを理解していただけるように取り組んでいます。なでしこの花ことばのように細やかな思いやりと笑顔を忘れずに介護していきたいと思っています。

**【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)】**

ホームでは、事務所を開放して、職員が意見や要望を言いやすい環境に努めており、職員との信頼関係を築きながら、任せられるところは任せて、人材育成に努めている。医療面についても協力医との連携を密にしながら、協力医の前向きな協力もあって、終末ケアについても、家族会での話し合いを重ねており、本格的に取り組む体制が出来てきている。また、食事についても、献立表の中に基礎食品群のチェック表を作り、栄養が偏らないように職員が調理する際の参考になるように工夫しながら、盛りつけや彩りについても、利用者が楽しく食事ができるように工夫を重ねている。このように、ホームでは、利用者が穏やかに過ごすことができるように、理念に掲げている尊厳のある生活となでしこの花言葉「細やかな思いやり」のケアの実現を目指している。

**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
<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	目の届くところに理念を掲示し、毎回スタッフミーティングで読み上げて理念の共有や実践に努めている。新人教育のオリエンテーションなどで理念の意義を伝えている。年2回人事考課で再確認をしている。	理念と基本方針は、ホーム内に掲示され、パンフレットにも明記されている。会議では、その時の司会者が読み上げ、理念や基本方針を職員間で共有し合い、統一したケアが出来るように努めている。	
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	学区の中学校のボランティアの受け入れもやっている。事業所の催事にも参加して頂き、また地域での行事にも参加したり、近隣の方からの差し入れなどもあり、交流を深めている。	自治会に入り、地域清掃に利用者も参加し、地域行事の運動会等にも参加している。さらに、地元中学校からの要請でボランティアを受け入れたり、勉強会の会場としてホームを提供している。また、近所から野菜をもらったり、日常的に交流している。	
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	ハローワークからの基礎研修生の実習施設として実施している。往診医の協力のもと地域の施設や訪問看護師の方々との研修の場として協力している。学区の中学校の体験学習も受け入れて、交流を深めて理解を得ている。		
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」と名称されている。利用者の状況報告やイベントや研修の報告なども行い、また地域の喫茶店で、和みながらの意見交換も行っている。訪問看護師から医療の情報を得る場としても活用している。	会議名を「とんとん会」と親しみやすい名称をし、和やかな会議になるように、喫茶店で開くこともあり、家族の参加も得られている。会議では、医療面での情報を得たりしながら、出席者の理解を得るように取り組んでいる。	開催が毎回土曜日となっているが、開催日の一部を変更する事で、他の方の出席を促すことで、地域の方にもホームをより知って頂けるような取り組みを期待したい。
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	いきいき支援センターの家族会などに参加させて頂き、地域の方との交流に繋がっている。また、運営推進会に参加を頂き、意見交換しながら情報を得ている。行政の指導を受け、改善内容を周知し改善に向けて取り組んでいる。	地域包括支援センターが行っている家族教室に参加して、ホームについての紹介や参加者の質問等に答える機会を得て、区社協の新聞にも紹介してもらっている。また、区の事業者連絡会を通じて情報を得て研修に参加したりしている。	
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	身体拘束をしない方向で取り組んでいるが、緊急時や本人のリスクを考慮して止むを得ない場合は本人や家族と話し合い書面にて説明して、同意を頂き期間を設定して見直しや検討をして取り組んでいる。	ホームでは、身体拘束せず、利用者の気持や理由を考えるように努めている。さらに、薬剤に頼らないケアを心がけ、医師と相談しながら取り組んでいる。また、施錠はせず、利用者が出ていく際は、見守るようにしている。	
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	行政の集団指導で受けた内容を職場に戻りスタッフミーティングで勉強会をして職員全員に周知し介護方針の理解と認識ができるように取り組んでいる。また、言葉や行動で感じた時は、その場で注意ができるように努めている。		

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
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。今後、研修などがあれば、参加して理解できるように取り組んでいきたい。家族より相談があれば出来る範囲で支援している。		
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	契約時には家族や入居希望者に重要事項を書面、口頭での説明を行い、サイン、捺印をもらい保管している。事項の改定時には十分な話し合いをし、また説明を行っている。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。また気楽に意見や要望苦情相談がもらえるように管理者、職員から声かけしている。相談内容を記録して職員に周知したり、改善できることは取り組んでいる。	年2回の家族会では、提携医との話し合いの機会をつくっており、家族の理解に努めている。意見箱の設置や行事後にアンケート等、満足度の向上にも努めている。また、写真入りのホーム便りを発行し、日頃の様子を伝えている。	運営推進会議での勉強会の様子なども伝えることで、家族がホームの取り組みを知ってもらい、理解を深めてもらえるようになることを期待したい。
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回夏と冬に人事考課を行い、必要とあらば個別面談を行っている。また管理者から声かけをして相談や提案がある場合は事務所内で意見交換ができるよう取り組んでいる。月1回リーダーミーティングも行い意見交換の場を設けている	ホームでは、事務所をいつも開放し、職員が意見や要望を言いやすい環境を作っている。月1回の全体会議やリーダー会議では、ホームの運営や行事などの意見を出し合い、現場の意見がホームの運営に反映されるように努めている。	
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	職員の勤務状況や実績また研修への積極的な参加の取り組みの把握に努めている。有給休暇の活用もできている。介護職員処遇改善交付金を活用している。		
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できるように取り組んでいる。職員がそれぞれに係りを持ち責任を持って取り組んでいる。介護技術の向上のため、社内研修、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	研修などで交流のあった施設の方と電話やメールなどで意見交換ができるように努めている。また他施設への見学なども積極的に取り入れている。催事がある場合は声を掛け合って参加して頂けるよう取り組んでいる。		

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
<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	入居前に面談を行い本人の生活歴や本人、家族の要望を聞いている。施設から理念や介護方針などを説明して理解を得ている。		
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、話し合いの時間を設けている。入居者本人と別での話し合いの時間もっており、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けるか等のことを検討している。本人に必要なサービス(マッサージや口腔ケアなど)もできることは行っている。		
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、職員は入居者との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	イベント、外出の機会には家族へ声をかけをし協力を募っている。また、家族対応のもと散歩や外食に出かけることも行っている。食事介助に来ている家族もおり本人との関係を大切にしている。		
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。	ホームでは、利用者が手紙を書く支援や、買い物、喫茶店に行ったり、昔行っていたデイケアの行事等に参加する支援をしている。職員は、利用者を訪問してくれた方には、「また来てください」と声を掛けて、再来訪してもらえるような声かけに努めている。	
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	全体で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している。1、2F合同でのボランティアイベントなど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方に関して、必要とあれば電話や手紙などで連絡を取り相談や支援に努めている。また来訪して、思い出話をしたりお互いの関係を大切にしている。		
<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	本人と信頼関係を築き直接思いや意向を把握できるように努めている。認知症や疾患などで意向を表せない方に関しては、今までの生活歴や家族からの意見より本人の意向を把握できるように努めている。	担当者は、利用者との信頼関係を築き、利用者から直接要望を聞いたり、難しい人は、表情やその人の行動の意味を考え、思いを理解しようと努めている。また、家族からも情報を得てアセスメントに繋げ、会議でも話し合い、職員間の共有に努めている。	
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、家族からの聴き取りにより把握に努めている。また、本人の言葉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、一日の過ごし方や行動なども毎日身体介護記録に残し職員全体での把握に努めている。また、特変等の伝達事項は申し送りノートを使用し全体で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	本人や家族の意向を取り入れた介護計画を作成している。また月に1度ケアカンファレンスを行い職員全体からの意見やアイデアを介護計画に反映させている。	職員は、介護計画に基づくケア内容を毎日チェックし、毎月のカンファレンスで状態の変化等を話し合い、職員全員でケア内容の共有に努めている。その上でモニタリングを行い、利用者の状態により、3～6か月で計画内容の見直しにつなげている。	
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	介護記録や業務日誌を使い職員間で情報の共有をしている。また介護計画の見直しが必要ならば期間などは設けずすぐに変更していけるよう心がけている。		
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	地域の病院の往診を利用し、特変があった場合も医療との連携がとりやすくなっている。また、訪問看護も利用可能であり体調不良時などは点滴などの医療行為を施設で受けることが可能である。		

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
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	利用者の関係者が経営する地域の喫茶店で誕生日会を行ったり地域との協働を行っている。季節により地域の催事への招待もあり参加している。		
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	少なくとも月に1度の往診を行っている。往診医は本人、家族が選択している。往診医によるムンテラも行っており家族との情報交換を図っている。また訪問看護とも連携し適切な医療が受けられるように支援している。	ホームでは、協力医による往診が各フロア月2回ある他、随時の受診にも対応しており、協力医が直接家族に説明する機会も得られている。また、訪問看護も週1回あり、利用者の健康状態の確認を行っている。	
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	24時間体制で訪問看護を利用できる。特変があれば時間問わず相談でき看護を受けられる。週に1度の看護師の訪問時には1週間の利用者の状態を伝え、適切な看護を受けている。		
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。	救急搬送時には職員が付き添い利用者の状態や症状などを説明できるよう努めている。入院時には本人の状態を直接見て病院関係者や家族との情報の交換、相談などを行っている。		
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	終末期については医療関係者も交え家族との話し合いを行っている。事業所のできることで、できないことを家族にも伝え家族の協力を得られるよう努めている。今後は終末期に向けてのケアに取り組んでいく。	ホームでは、協力医の理解と協力を得ながら、終末期に向けた対応について、必要な態勢作りを行っている。家族とは、利用者の状態変化に合わせて話し合いの機会をつくりながら、家族に意向を確認するようにしている。	全体的に重度化が進んでいる状況でもあり、家族との話し合いを進めている段階である。状態によって家族の思いが変わることもあるため、利用者が安心して過ごすことができる環境作りを継続されることを期待したい。
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	緊急時の対応は研修などを通じてすべての職員が把握している。また、これまで施設で起こった急変などを事例として振り返り、すべての職員が対応をできるよう努めている。		
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	月に1回避難訓練を行っている。地域との連携がとれるよう地域で開催されている訓練に職員が参加している。地域と連携した災害対策を行っていけるように努めている。	ホームでは、毎月、避難訓練を実施しており、緊急時に適切に対応できるよう、緊急連絡網を使ったり、夜間も想定して、職員の意識向上を図っている。また、地域の訓練に職員が参加したり、水や3日分の食料を備蓄している。	今年度は自動通報装置を設置したが、消防署との連携をした訓練はまだ実施していない。また、通報装置の模擬使用について設置業者にも確認し、より実践に即した訓練の実施を期待したい。

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
<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	声かけをする時はその方の目線に合わせている。おむつ交換時やトイレでは羞恥心に配慮しドアを閉め対応している。職員が居室に訪室する時はノックをし声かけを行っている。	職員は、一人ひとりに対し、尊厳に配慮した声掛けや対応が出来るように、会議の中に勉強会を取り入れており、周知を行っている。また、日頃のケアの中で不適切な対応等があった際は、具体的な事例を通して、注意を促すようにしている。	
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	会話の中から聴き取りできる様な話題を見つけたり、新聞や広告を見て話をしたりと、きっかけを作っている。家族の意見も参考にしている。買い物で自分のものは選んでもらっている。		
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	朝の起床の時間を設けず自分の時間に合わせ朝食をとれるように支援している。また、希望があれば毎日入浴ができるような環境を提供している。		
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	月に一度の訪問理美容を使用し髪型を整えている。服の組み合わせ選びができる様な支援をしている。起床時整容に気をつけている。		
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	三食すべて手作りで支援している。何が食べたいかを日々の会話の中から聞き出しメニュー作りに取り入れている。下準備や洗い物を入居者が行えるような環境づくりをし生活への参加を促している。	利用者も食事の準備や片付けに参加出来るように声かけを行い、一緒に行くように努めている。盛りつけ、彩りも工夫し、目でも楽しめるようにしており、職員も一緒に食べ、会話を楽しんでいる。また、誕生会は手作りケーキでお祝いする楽しみもある。	
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	三食ごとの献立を記入し1~6群で分類される栄養素をバランスよく配分している。水分量も一日1500cc以上の摂取をできるように支援している。また、食事の献立には必ず汁物を入れるようにしている。		
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	月1度の歯科往診、週一回の口腔衛生士による口腔ケアを実施している。また毎食後の声かけによる歯磨き、入床前義歯使用者に関しては義歯を預かり洗浄剤を入れ消毒し保管している。		

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	排泄パターンを把握し食事の前後、起床後、就寝前など声かけトイレ誘導をしている。自立で排泄される方にも、そっと見守るなど配慮している。	ホームでは、排泄チェックリストを作成し、声かけのタイミングや利用者の排泄パターンを共有するように努めており、トイレでの排泄に取り組んでいる。また、家族、医師とも相談し、利用者の状態に合わせたオムツやパンツを選んでいる。	
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	食事では食物繊維、油分、水分がとれるような献立を考えて提供している。散歩や体操を行い便秘予防、解消に取り組んでいる。便秘症がひどい方には往診医への相談をし漢方薬で対応している。		
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	毎日入りたい方は毎日入浴を行っている。また、拒否などがあれば無理に入浴は行わず別の日に行ったり、足浴や清拭を行い対応している。	ホームでは、毎日の入浴が可能であり、実際に毎日のように入浴している方もいる。入浴を拒む際には、無理せず、別に日に声をかけたり、足浴や清拭などで対応している。また、季節の菖蒲湯やゆず湯も楽しんでもらっている。	重度化によって浴槽に入っただけの入浴が困難になっている方がおられるため、職員会議等を通じながら、今後の対応についての検討を重ねられることを期待したい。
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	傾眠のある方などには昼寝の時間を取り入れ、身体を休める時間を作っている。あまり昼間に寝すぎないように声をかける配慮もしている。冬場は湯たんぽを入れたりして対応している。		
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	薬情を確認しどのような効能か？どのような副作用があるか？などのことを確認し職員間で把握に努めている。また、薬の変更があった時は往診医や看護師、薬剤師からも説明を受け職員全体で把握できるよう努めている。		
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	男性の入居者の方には段ボールをまとめ等の力仕事を任せたり、塗り絵が好きな方にはフロアの飾りづくりをしてやりがいや楽しみを持てるような生活環境を提供している。また、買い物が出てドライブなどに出て気分転換も図っている。		
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	職員が天候や気温などに配慮して散歩に付き添い支援している。月に1度、近くのレストランへ喫茶や外食を行っている。また、入居者家族の協力も募り大規模な外出イベントも実施(東山動物園・名古屋港水族館)	ホームでは、日常的な近所の散歩、買い物にも出かけ、外食や喫茶店にも出かけている。さらに、運営法人の関連ホームで行われた行事への参加や地域の運動会等へも出かけている。また、今年度は家族の協力の下、バスを借りて外出行事を行っている。	



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
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	買い物には職員が付き添い出かけている。現在金銭を自己管理している方がいない為、広告や通信販売の本を見てほしい物があつた時は家族や職員が注文をして支援を行っている。		
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	家族や友人からの電話が入れば本人につなが話せるように努めている。また、手紙の要望があれば対応している。毎年、年賀状を作成して家族へ送っている。		
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	エアコンや床暖房、加湿器などを使用し、その季節に合った温度、湿度を保ち快適に生活ができるように環境を整えている。また、庭のウッドデッキに出て季節感を味わう時間も作り支援している。月ごとに壁飾りの作成に取り組み楽しんでいる。	リビングの壁には、利用者の習字等の作品が飾られ、毎月、利用者と職員で作る壁飾りを飾っている。玄関には、以前の利用者家族が持ってきた鉢植えのシクラメンが彩りを添えている。また、利用者の好きな懐かしい音楽を流して、雰囲気作りをしている	
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	椅子やソファの配置に気をつけ気の合った入居者同士が過ごせるようにしている。好きな音楽を聴いたり、歌を唄い過ごせるように場所などの環境を工夫をしている。		
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	好みの物や居室で自分の時間が持てるようにラジオや新聞、本などを置いている。家族の写真を飾ったり好きな絵を飾っている。	居室内は自宅から持参した椅子やタンスがあり、ベッドだけでなく布団を利用する方もいる。自分の作品や家族の写真、利用者の結婚写真が額に入れて飾っており、家族を身近に感じられる空間になっている。	
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	お風呂場やトイレが分かりやすいように表札をつけている。日めくりや壁に広告などを掲示できるようにしている。居室の入り口には表札を付けている。		

(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 24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		終末期ケアに向けて準備不足、知識経験不足な部分がある	終末期ケアの介護方針の決定 医療との連携や取り決め 家族との終末期の取り決め	本人や家族の意向確認書を作成し終末期に対しての意向の確認を行う。 医療がどこまで入り込めるかの確認。 職員の研修への参加。	12ヶ月
2		防災時の備品の確保ができていない	非常時の備品を取りそろえる	入居者や職員の人数分の防災食を用意する。 また何日間分の物が必要かも調べ必要数そろえる。災害時に必要なもの(毛布、カセットコンロなど)も調べ用意する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月