

### 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	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)】**

--

**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、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
<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。		
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行っている。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。		
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。		
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、意見交換を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。		
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。		
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。		
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に取り組んでいる。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		
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に取り組んでいる。		

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も努めている。		
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。食事介助に来ていた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。		
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をしている。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	入所初めにセンター方式のアセスメントにより、本人、家族の意向、思いを把握している。職員間での情報の提供や入居者の状況変化に伴い、家族の思い、意向を把握できるよう努めている。		
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	アセスメントにより生活歴や今までの暮らし方、サービス利用の経過を把握している。これまでの生活を大切にその人らしい暮らしができるよう努めている。		
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	毎朝バイタルチェックをし健康状態を把握している。また食事量や水分量、排泄などをチェックし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	ケアカンファレンスを毎月行いスタッフ全員で課題や対応方法について検討し介護計画作成に取り入れている。		
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	事実をありのまま記録している。その時の状態、対応を記録し、家族、職員間で情報の共有をしている。スタッフ同士での介護計画の見直しにも活かしている。		
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	個々のニーズ、入居者の状況変化に合わせ、家族や医療関係者との連携を取り、サービスの多機能化に取り組んでいる。		

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	地域の民生委員、いきいき支援センターの職員、地域、病院、訪問看護ステーションの看護師にも協力を得て地域での連携に努めている。地域のイベントに参加しふれあいに努めている。		
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	地域の病院から月に2回往診を受けている。状態に合わせて往診医の病院で受診を受け検査を受け適切な医療を受けている。訪問看護も週に1回使用しており状態によっては毎日の連携も行っている。		
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	週に一回の訪問看護を受け、入居者の状態を伝え相談、指示をもらっている。急変にも時間関係なくすぐ対応してもらい連携をとっている。		
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。	入院先へ出向き状況の把握に努めている。また入院時には介護サマリーを病院に渡している。退院時には情報サマリーをもらい往診医との連携に努めている。		
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	家族との意向に添い対応している。家族、往診医、訪問看護と連携をとりながら終末段階まで支援をしていたことがある。今後は終末期にむけてのケアに取り組んでいく。		
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	急変、事故時に対応方法のマニュアルを作っている。研修などで得た情報は会議などで共有できるようにしている。		
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	火事、地震の避難訓練を月に1回施行が定着してきた。入所者も協力的に訓練に参加している。地域を含めた訓練は実施していないが協力を得られるよう努力している。警報器を消防署に直接つながるよう変更した。		

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	「親しき仲にも礼儀あり」人生の先輩として尊敬を持って接している。ちゃんづけなどで子供扱いをせず、命令口調、指示的な声かけにならないように心がけている。		
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	本人からの希望があれば対応するように努めている。また希望を表すのが苦手な方に関しては職員から散歩への誘いやテレビ番組の希望などを声かけし自己決定を促している。		
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	起床時間が遅い方に関してはその時間に合わせて朝食を用意したりしている。また、個別に合わせたレクリエーションを用意し本人に参加するか尋ねてから行っている。		
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	自分でできる方は自分で行っている。衣類の汚れなどに職員が気付いたら本人に配慮しつつ早めに着替えてもらえるよう努めている。		
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	個々それぞれの食器を使ってもらっている。食欲を誘うような盛り付けを心がけている。テーブル拭きや簡単な調理、下膳などできることは行ってもらっている。		
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	体重の増減などでも栄養状態をチェックしている。水分の摂取はこまめに声かけをしている。水分のチェック表を活用し一日の水分の摂取量を把握している。		
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	毎食後に声かけ等を行い、行っている。自分で行う方に関しても見守りを行っている。歯科衛生士による口腔ケアも行っている。		

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
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	排泄の意思表示が困難かつ車椅子の方のパッドへの失禁を減らすため、以前より時間を早めてトイレ誘導しトイレでの排泄を促している。尿量の多い方のパッド交換の時間間隔を早め対応をしている。		
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	食物繊維、油分、水分が十分に摂れる食事づくりを心がけている。おやつに果物やヨーグルトをこまめに提供している。		
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	入浴を嫌がる方は日や時間を変更したり、足浴を行ったりしている。希望があれば日や時間を問わず対応している。		
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	日中でも疲れた時など居室で臥床できるようにしている。室温をエアコンでこまめに調節したり寝具を変えたり、冬場は乾燥防止のため濡れタオルを居室に干している。		
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	下剤に関して毎日の排便の状況に合わせて薬の増減を行っている。薬が新たに変わった時は体調の変化などに特に気をつけている。		
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	洗い物や野菜の下準備などできることをやっていたりしている。散歩や買い物の手伝い、花をいけたり、囲碁をうったり、おやつを一緒に作ったりして気分転換を図っている。		
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	近所を散歩したり、近くのお寺に行ったりしている。近くの喫茶店や回転ずしなどで外食したり、家族参加で動物園や水族館への外出を行っている。		



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	金銭価値や管理ができる方には所持して頂いている。その他の方でも買い物に出掛ける際は同行者にお金をお渡しし、できるだけ自己にて払ってもらよう支援している。		
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	家族からの電話や手紙があった時は本人に取り次ぎ家族に電話や手紙が書きたいと希望があれば手紙、電話などをすることを支援している。また、個人で携帯電話を所持し利用している方もいる。		
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	居間には月ごとに季節にちなんだものを飾り楽しんで頂いている。大きな日めくりもあり、利用者にめくってもらい日付の感覚も忘れないようにしている。		
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	ソファを設置し、くつろいでテレビを見れるように工夫している。和室でも過ごせるようになっている。		
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	本人が慣れ親しんでいた家具や小物などを設置し、居室を馴染みのある空間としている。誕生日会での色紙、家族の写真も飾っている。		
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	廊下には手すりが設置してあり安全に歩けるようになっている。台所、浴室、トイレには案内板を設置。居室には表札をつけ自室の確認がしやすいようにしている。		

(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 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