

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2871400426		
法人名	NPO法人にしきシャクナゲ		
事業所名	グループホームしやくなげ		
所在地	兵庫県篠山市川北1174番地1		
自己評価作成日	平成31年2月13日	評価結果市町村受理日	平成31年4月10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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/?action=kouhyou_pref_top_index=true
----------	---

【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年3月9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)】

<p>入居者が元気で暮らしていただけるプログラムを準備しております。</p>
--

【第三者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)】

<p>事業所は、静かな田園風景に囲まれた篠山市北部に位置し、町花であるしやくなげを事業所名にしている。開設から15年目を迎え、事業所の理念「その人らしく暮らす」に基づき、3つの「介護心得」を毎日唱和し、職員の意思統一を図っている。利用者が安心して暮らし続けられる事業所を目指し、最後まで人としての尊厳を守る事を意識した施設長の考え方に、全職員は共感し日々のケアに活かしている。事業所で看取る人数も多く、最後まで事業所での生活を望む利用者や家族の思いを受け入れ、看護師の立場でも有る施設長と、協力医療機関との連携により受け入れる仕組み作りが出来ている。職員の勤続年数が長く働きやすい環境で有り、今後も、職員それぞれが施設長の想いに沿って、共に日々研鑽されることを期待している。</p>

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、生き活きと働いている (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、その時々々の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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	スタッフルーム及び廊下の目の付く所に掲げている。	理念はスタッフルームに掲げ、毎日の朝礼で理念に基づく「介護心得」を唱和している。利用者の日常生活が本人、家族の望むものであるか、利用者の機能を活かし利用者本位に成っているかを常に意識し、近づく為のケアに努めている。	
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人として日常的に交流している	ボランティアの受け入れや地域行事参加（幼稚園の運動会・自治会のカラオケ大会・老人会との交流）・地元消防団との合同訓練等	地元自治会から利用者に敬老会の記念品が届いたり、地域の老人会が植木の剪定に訪れ、利用者は個々の繋がり関係性を作りつつある。利用者は、習字ボランティアの来訪で習字を楽しんでいる。事業所の避難訓練に地元消防団が参加し、施設長は地域の災害訓練に参加している。	
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	特に実施できていない。		
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	2ヶ月毎に開催し、ホームの様子報告、見学を実施し意見を取り入れている。	運営推進会議は家族代表や地域住民代表、介護相談員、市職員や地域包括支援センター等が参加し2か月に1回開催している。事業所は事業報告や議題検討と共に、事業所見学により利用者の日常を把握してもらっている。議事録は利用者家族には送付していない。	事業所の日常をよりよく知ってもらう為にも、議事録を全家族に送付されてはどうか。
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	2か月に1回の運営推進会議に委員として参加して頂き意見を交わしている。	運営推進会議や、市の介護サービス事業者協議会等で、交流の機会は多く有り情報共有している。提出書類等は市の窓口や支所に持参し、市職員とは顔馴染みであり、良好な関係性が保たれている。	
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	身体拘束廃止委員会を設置3か月毎に開催し家族に報告している。	玄関は開錠し、自由に出入られる環境である。事業所に身体拘束適正化委員会が有り、3か月毎の会議開催と、2か月に1回研修もを行っている。以前にもあったが、皮膚掻痒症の為皮膚剥離が悪化した利用者にも、やむを得ず夜間のみミトンを使用しているが、状態化しない様検討している。	

自己	者第三	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
7	(6)	○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のないよう注意を払い、防止に努めている	毎朝引き継ぎ後介護心得をスタッフ全員で唱和し日々の介護に注意している。	虐待防止の外部研修に参加し、全職員は情報共有している。スピーチロックや不適切な言葉かけについては、職員相互に注意し合える関係性を築いている。管理者は職員の相談時は、話を聴きストレス回避に努めている。	
8	(7)	○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	研修にも参加している。	現在、制度を活用している利用者はいない。家族には、契約時に施設長が口頭で伝えているが、資料等は備えておらず、制度に関する職員の認識は不十分である。	市に置いている資料を活用し、家族への説明時や、職員の研修に使用されてはどうか。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に於いては、時間をかけ十分な説明をしている。	契約前には必ず見学を勧め、事業所で出来る事を伝え、納得が得られるまで説明し契約している。重度化した場合の対応や、看取りに関する指針を示し、医師の判断で看取りの時期が来たら、再度説明し同意書をもらう事を伝えている。	
10	(9)	○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	面会時、近況報告と何かありませんかと尋ねている。苦情や不満等あればいつでも聞く体制である。また、契約時にホーム以外に公的機関の連絡方法も説明している。意見箱も設置している。	年2回、家族から介護に対する法人への意見を聴く機会を作っているが、運営に反映する様な意見はほとんどない。家族は事業所に入所した事に感謝の言葉が多く出るが、意見箱にも要望等が入る事もない。	
11	(10)	○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	支援会議等実施し、意見の聴集と検討を行なっている。	管理者は職員から意見や提案を出しやすい雰囲気を作り、意見を吸い上げ検討する様努めている。定期的開催する会議の中で、職員から出る意見は業務の見直しに関する事が多い。	
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	子育て等、融通がつきやすく整備している。		

自己	者	第三	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
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	支援会議には研修を実施し、職員のレベルの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	篠山市介護サービス事業者連絡協議会施設部会に所属し、他施設との交流、情報交換を行っている。		
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	認知症の方は、入居時混乱されることが多く、事前面接時点から日常生活状況を確認、出来る限り環境整備をする。また、入居当初は、ケース記録に詳細に記録観察をすると共に支援会議・ケアプランの作成をする。		
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	認知高齢者を介護しておられる、介護の難しさを十分理解し家族の希望等に応える様にしている。在宅時の家族ケアを継続するようにしている。		
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	入居申し込みについて十分家族の話を聞くと共に状況に応じデイサービスの利用も声掛けている。		
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	法人の理念である共に暮らすことを重点に置いている。不安の訴えには、十分時間を掛け聞くようにしている。		

自己	者	第三	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
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	利用者がホームで楽しく暮らしていただけるため、ケアプランや面会時相談し一緒に取り組んでいる。契約時認知症ケアは、ホームだけでは効果が無く、家族と一緒にすることが大切であることを説明して理解して頂いている。		
20	(11)		○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	篠山市内の方ばかりだが、地元の方ばかりではない為、関係を維持できている。	敬老会の記念品が届く利用者や、行きつけの美容室に家族と行っている利用者はある。散歩中に農作業の人達と挨拶を交わす事により、新たな馴染みの関係を作っている。地域住民から季節の野菜が届く事もある。	
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	利用者の人間関係を考え、食堂の席や車の同乗等配慮している。日常のトラブルは、関係が最悪に成らないようにスタッフは関わっている。		
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	退去の多くは、死亡だが転所や長期入院が理由でもホームの責任として関わり家族支援を実施している。		
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	(12)		○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	メニュー検討会を実施する等、日常のかわりの中で、確かめるようにしている。	食事メニューは利用者の意見を聴きながら、みんなで作ったり、意向が確認できる利用者には、話をよく聞くよう努めている。言葉が発しにくい利用者には根気よく関わり、表情や仕草に注意して、返事や反応を待つ等ゆっくと関わっている。	
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	入居前の事前面接で生活歴の把握、家人への聞き取り等適宜実施しています。		

自己	者第三	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
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	個人ケース記録を毎日記入し気づき・発見はスタッフで共有している。入居者の健康については、看護師が週1回健康チェックを実施している。		
26	(13)	○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	ケアプランは、支援会議で検討をし手作成をしている。半年毎のケアプランの作成は勿論、入院等で状態の変化に応じて計画作成している。	2か月に1回の支援会議は、利用者のモニタリングも兼ねて行っている。日々の記録や支援会議内容から、ケアマネジャーは6か月を目処に介護計画書を作成しているが、状況により変更時期は調整している。介護計画作成し家族に説明して了承を得ている。	
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	日々の様子は、ケース記録に詳しく記入の上、支援会議に活かしている。連絡事項をボードに記入し情報の共有に努めている。		
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	個別ケアの一貫として、状況に応じた支援は実施している。		
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	介護相談員・ボランティアや消防団との合同訓練		
30	(14)	○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し、納得が得られたか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	希望されることが現在ではない。	現在は、全員が事業所の協力医を主治医にしている。内科は週2回、精神科は月1回の往診があり、必要な利用者には歯科の往診もある。併設デイサービスの看護師や、看護師の資格を持っている施設長と24時間連絡がとれ、利用者と職員の双方にとって安心な体制が整っている。	

自己	者	第三	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
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	デイサービスの看護師が定期的に健康チェックしてもらっている。緊急時は24時間連絡できる体制である。		
32	(15)		○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。	入院は環境を変え認知症の悪化を招くため、入院・退院を短くするため、医療的な治療もホーム内で実施している。1週間に2回往診が有り医療的な相談が出来る。	職員は、入院後2～3日中に面会に行き、洗濯物の受け渡しと同時に利用者の状態把握を行っている。早期の退院に向け、可能な医療処置であれば事業所で行い、生活リハビリや個別機能訓練を積極的に取り入れるなど、できるだけ早く元の生活に戻れるよう努めている。	
33	(16)		○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	当ホームでは、医療連携体制加算を申請しており入居時にターミナルも可能であることを説明している。(Drと家人・本人が希望されることを条件に)	重度化や看取りに関する事業所の指針は、入居時に本人と家族の希望があれば、医療関係者と連携を図り、ターミナルまで共に過ごすことが可能であると説明している。そのために家族の理解と協力が必要であることも伝えている。開設以来、看取りの経験は数多くあり、職員も経験を積んでいる。	
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	年一回篠山市消防署の救急講習をホームで実施している。		
35	(17)		○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	地元消防団と合同の避難誘導訓練を実施している。今年度より、地域の防災組織に加わりホーム長が地区のホームのリーダーとして参加し、地域住民の方にも応援して頂ける体制が出来た。	毎年、地元消防団と合同で、夜間想定も含め避難訓練を行っている。事業所の見取り図や避難経路、利用者情報を提供し、具体的に避難方法を検討している。近年、施設長も地域の防災組織に加わることで、地域住民との信頼関係ができ、協力体制を得ることができた。事業所では災害に備え、水や缶詰、レトルト食品、米などを常備している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	(18)		○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	利用者に応じた対応をし、プライドを損ねることないようにしている。スタッフの声掛けが適正か見直しをしている。	馴染みの関係になると、なれなれしい言葉を遣うことが多くなるので気をつけている。声かけは、言葉のトーンやその場の雰囲気添っているかどうかも考えて対応している。排泄や入浴の誘導は、同性介助を基本に、羞恥心に配慮した声かけを工夫している。	

自己	者	第三	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
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	利用者の表情を見ながら、また確認をしながら声掛けを行なっている。利用者の意思は、確認し決めてもらうようにしている。		
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	希望を確かめながら実践しているとまではできていない。		
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	理容は、外部委託している。本人の希望するようにしてもらっている。本人の望む店がある場合は、家人と調整している。		
40	(19)		○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	調理から片付けまで、出来ることは一緒にしている。希望メニューも取り入れている。	ノロウイルスの感染源となる貝類は材料として取り入れない。献立は利用者と一緒に料理本を見ながら考え、職員が交代で調理し、同じ食事を食べている。誕生日は、その利用者の好きな食事を全員で食し、おやつ時はケーキでお祝いする。パンを好まれる利用者の希望に応じ、朝食時週2回に増やした。敬老会やお正月、ひな祭りなどの行事食も手作りしている。	
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	日々の各記録用紙で把握。状況に応じ個別に記録管理することもある。		
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	口臭対策や入れ歯の管理個人に応じ対応している。		

自己	者三	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	(20)	○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	排泄記録を記入しパターンの把握した排泄誘導等実施。	半数の利用者は自立しているが、誘導の必要な利用者もいる。排泄記録表を活用してパターンを把握し、なるべくトイレで排泄できるよう自立にむけた支援をしているが、夜間の安眠と安全を考慮した上でおむつを使用する場合もある。	
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	日課として、体操や屋外散歩等で体を動かしてもらうようにしている。排便状況は、毎朝確認をしている。		
45	(21)	○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	週3日の入浴を実施。	一人週3回、午後の時間帯に入浴している。基本は同性介助で、重度の方もなるべく入浴できるよう複数で対応したり、シャワー浴を行うなど個々に支援をしている。最初は入浴を望まない利用者も、時間をかけて対応することで楽しめるようになっていく。	
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	天気の良い日は散歩。毎日のレク・脳トレ個人リハ等動きのあるプログラムを実施している。		
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	薬の内容は、スタッフがいつでも確認できるように、ファイルを作成し見やすい場所に置いている。間違い防止の為、変更あった場合はボードにて周知している。		
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	利用者主体の日々が暮らせるように介護心得を唱和し意識づけをしている。役割のある暮らしをしていただくため当番制で手伝いをさせていただいている。		
49	(22)	○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	天気の良い日は、戸外での日光浴や散歩の実施。季節の外出。	特別なイベントの外出に力を入れるのではなく、日常の散歩や戸外での日光浴が毎日できるよう支援している。事業所近くの農道は、季節や天気を感じる絶好の散歩コースで、それが利用者の日課になっている。花見や紅葉狩りは全員が出かけ、理美容や法事等は個別に家族と出かけている。	

自己	者	第三	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	お金を所持したいとの希望者が無い。		
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	携帯を所持している方も有るが無い方は、電話は、各居室に無くが事務所で執りつないでいる。		
52	(23)		○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	季節により光が直接差し込む窓には減光フィルムを張っていたが不十分だと利用者の意見があり、ロールスクリーンを取り付ける。	建物は木造の平屋建てで、吹き抜けの天井は高く、リビングの窓からは採光が溢れている。キッチンには自由に入出りでき、大きな木のテーブルに利用者が集い、暖かく落ち着いた雰囲気である。リビングからウッドデッキに行き来でき、開放感ある田園風景の中で静かな時間を過ごしている。	
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	居間の畳スペースに椅子を設置・廊下の隅に椅子・ソファを配置している。腰掛けて入居者同士で談話している。		
54	(24)		○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	利用者が馴染みのある家具や茶碗・コップ・箸等持参してもらっている。	各室トイレと洗面所があり、カーテンで仕切れるようになっている。ベッドとエアコンが設置され、物入れは収納が十分な広さである。整理ダンスやテレビ、家族の写真や仏壇など馴染みの品を持ち込み、居心地の良い部屋となっている。	
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	昔からされていた生活行為をケアに取り入れ実施していただいている。		

(様式2(1))

事業所名:グループホームしゃくなげ

目標達成計画

作成日:平成31年4月19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	19	家族の方と共に認知症介護に取り組む必要性については、入居時に説明を実施している。入居後のホーム内での様子が口頭の為、ご家族がイメージしにくい。	共に支えるの観点からホームの取り組みも理解して頂く。	年4回程度ホームの様子の便りを発行する。	2月
2	8	権利擁護に関する制度の理解と活用。研修は実施しているが理解のためには回数を重ねる必要がある。	平成31年度の研修計画に入れる。	包括支援センターと相談し資料を集め31年度の研修を実施する。	6月
3					月
4					月
5					月