

# 1 自己評価及び外部評価票

【 事業所概要(事業所記入) 】

事業所番号	2072500768		
法人名	社会福祉法人 萱垣会		
事業所名	赤石寮グループホームやすらぎの郷		
所在地	長野県下伊那郡阿南町新野28-1		
自己評価作成日	平成29年12月12日	評価結果市町村受理日	平成30年4月18日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2072500768">http://kaigo.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2072500768</a>
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社マズネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	平成30年2月7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) 】

以前利用されていた利用者の方や地域の方々のご厚意により、野菜や柿を頂いて、収穫や調理まで共同作業を通じて会話も弾んでいます。一人ひとりのそれまでの暮らしや望む暮らしを大切に考え、自宅や姉妹の家を訪問したり、エリア内のデイサービスを利用している知人や姉妹と交流をしています。今まで出来ていた事が出来なくなっていることもあります。出来ること、わかることを大切にして笑顔で安心して生活出来るように支援しています。

【 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) 】

認知症になっても社会の構成員として地域の中で暮らし続けるために、保育園や学校地域との交流を深め、家族や地域の協力を得ながら、利用者が暮らしてきた地域との関係が切れぬような支援に取り組んでいる。日々の外出も買い物や散歩でよく出かけ、毎月のお楽しみも計画して温泉や1月は初詣に出かけるなどして取り組んでおり、利用者が地域で暮らすための支援を行っている。運営推進会議も委員の多くが地域の方であることから、人とのつながりや情報も得やすく、その方の畑まで出かけて柿を収穫したり梅を取ったりして、事業所だけでは開拓できないところまで利用者の活動が広がっている。

**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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。**

ユニット名( )		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ます。 (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。 (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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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				

## 自己評価及び外部評価結果

〔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。	年に1度(4月)、理念の読み合わせを行い、その理念を基に毎月の目標を決め、日々振り返りを行っている。	法人の理念を基に毎月目標を決め「手を出しすぎない」「声をかけすぎない」など分かり易い言葉で表しケアに取り組んでおり、一人ひとりの望む暮らしを大切にして職員会で振り返りを行っている。	法人の理念を基に事業所の理念についてもより深め、理念の具現化に向けて更に取り組んで頂きたい。
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。	保育園、小学校、中学校、地域の行事に進んで参加し、知人などにも会える機会となっている。野菜や果物を頂いたり、文化祭の作品展示も喜ばれている。	利用者が社会の構成員として社会参加し地域の中で暮らし続けるという思いの中で、保育園や学校との交流や地域の行事に参加し、利用者が地域と関わる機会を多く作っている。	
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。	赤石寮30周年記念事業で認知症の相談コーナーを設け地域の方の相談に対応できた。日常的にも診療所の看護師さんなどの相談に応じている。		
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践、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。	利用者の様子、外部評価、満足度調査の結果等報告している。運営に関心を持って頂く事が出来、参加者からボランティア(ハーモニカグループ)の紹介もあり、演奏して頂けた。家族会へも参加して頂き、ご意見をサービス向上に活かしている。	民生委員や老人クラブの代表など地域の方が多く委員になっており意見が出され、事業所だけでは開拓できないところまで利用者の活動範囲が広がっている。	
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取り組んでいる。	入退所、移動時など行政からの一方的な指示で動くことが多く、協力関係は出来ていない。地域ケア会議への出席など、普段から積極的に事業所のケアサービスの取り組みを伝え、コミュニケーションをとっていききたい。	担当者が事業所の会議に参加しており意見交換している。更にきめ細かな情報交換ができることを希望している。	
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。	夜間以外は施錠せず、利用者さんが自由に行きたい所へ行く事が出来ている。身体拘束委員を中心にスピーチロックへの取り組みをし、日々振り返りを行っている。	利用者が靴を出して準備をすれば職員がついて外に出る、転倒のリスクが高い利用者は見守るなど、利用者の行動を制限したり制止しないように心掛け、拘束のないケアに努めている。スピーチロックの取り組みもやっている。	
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。	エリア内での学習会へ参加し、職員の言葉遣いや態度に問題がなかったかどうか、利用者の表情を見ながら振り返り、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。	学ぶ機会はまだ少なく、話し合いも出来ていない。現在、家族の方の支えもあり個々の必要性は少ないと思われるが、職員が分かりやすく学ぶ機会が持てたら良い。		
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。	契約時、改定時はその都度説明し、ご理解、ご納得いただいている。		
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。	法人サービス評価、満足度調査等を行い、ご意見等を求めている。回答率はあまり良くない為、発送方法を見直しできるだけ多くのご意見を寄せていただけるよう工夫していきたい。	家族会があり職員も利用者も家族とよく話している。面会時には利用者の様子を伝え、話しやすい雰囲気を作るようにして意見を聞くようにしている。	
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。	管理者は週1回昼食を一緒にとり、利用者や職員の話聴き、職員会へも参加。エリア会議でも実情を話せる機会となっている。代表者は訪問に見えた時、職員一人ひとりに声を掛けて下さる。	管理者は職員と週1回食事を一緒に取ったり職員会議にも出席することで、意見をくみ取って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。	年末年始手当だけでなく、お盆や連休、土日祝の手当てなど見直され、付けてくれている。熱中症予防に扇風機(台所、浴室等)を設置、労働時間の見直しも実施されている。		
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。	キャリア段位制度や介護支援専門員など法人外の研修を受ける機会、法人内(エリア内)で学習会や業者、救急法、理学療法等の研修を受ける機会がある。		
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。	以前はグループホーム連絡協議会等に参加していたが、ここ2年はお互いに忙しく交流する機会が持てていない。		

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>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。	支援ハウス→ショートステイ、デイサービス等利用していた方が入所されるケースが多く情報共有出来ている。事前に自宅訪問しお部屋の様子を見たり、手作りの品を持って入所出来た。センター方式シート(B-3)を使用し、要望等話を聴けている。		
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。	入所前(入所時)聴き取りをし、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。	緊急的にサービス利用になることが多く、入所ありきで話が進んでしまい、他のサービス利用は検討されていない。		
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。	一緒に食事の支度、食事、片付け、会話やお出かけ等を行い、利用者を中心に支え合い生活出来ている。		
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。	利用者の様子を報告、相談を密にし、受診や外出等家族の役割を奪わず積極的に関わって頂き、共に本人を支えていく関係を築く事ができつつある。		
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。	デイサービスへ見えた兄弟姉妹との出会い、出掛けた時の知人との出会い、お墓参り、正月おたっしやぎ参り、新居(自宅)への訪問、法事の出席等個別に対応出来ている。	家族と行きつけの床屋に出かけて散髪しゆっくり話をしてくる利用者もおり、昔を思い出す機会になっている。買い物にはよく出かけており、地域の行事にも参加して知人と会うなど、地域との関係を大切にしながら馴染みの関係が継続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。	気の合う方と同席して会話も弾み、お互い意識しあい良い関係が築けている。怒れる時や孤立してしまいそうな時は、職員が間に入り支援している。		

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。	グループホーム→赤石寮へ移動された方の終末期、会いに行ったり、好きだった事の情報提供、葬儀への参加、又、行事等での交流が出来る。家族の方への写真の提供等ご希望に対応している。		
<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。	その時、その思い、表情をよく見て希望や意向の把握に努めている。言葉にできない事は背景などから本人本位に検討し、思いに寄り添っていけるように努めている。	お茶の時や食事の時はゆっくり話をし、いつもと違う様子の時は特に声をかけ、利用者の思いをくみ取るようにしている。様子は日々の記録に記入しケア計画に活かすようにしている。	
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。	入所時、面会時など本人や家族、サービス事業者からの情報をセンター方式シート(B-3)に記載し、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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。	気分の違い(声のかけ方、態度が影響)で出来る事もだいぶ違って来る事を理解しており、やってみたら出来た事、今まで出来た事が出来なくなった事等現状の把握に努め、その都度穏やかに暮らしていける様支援している。		
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。	本人、家族、訪問看護、医師、歯科医師と話し合い、入院等で状況が変化した場合でも現状に即した介護計画を作成出来る。月1回の職員会でモニタリングし、出された意見を介護計画に反映させている。	担当者が利用者の様子をまとめ、毎月モニタリングをし職員全員で話し合っって計画を作成しており、利用者のやりたいことが続けられるように支援している。	
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	日々の様子を1ヶ月まとめ、気づきや工夫を職員会で発表し、共有しながら実践や介護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。	心身の状況の変化や認知症の進行がある中で行きつけの美容院へ行く、階段を利用する、買い物に行く等、理解し見守るインフォーマルサービスに支えられ、その時々生まれるニーズに対応している。		

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。	ふれあいサロン、保育園、小学校、中学校との交流、出張散髪、ボランティア、移動図書館、パンの出張販売、柿の収穫、干し柿、味噌造りなど地域の人々に支えられながら個々の力を発揮出来ている。		
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。	訪問看護→診療所への報告の他、食欲不振、体調不良等その都度報告、必要に応じて受診し、薬の調整等必要な医療が受けられるように支援している。家族の希望、本人の希望や状態も考え、主治医の変更をし、定期的な受診が出来ている。	診療所への受診や医療連携の体制もあり、家族の希望に添ってそれぞれの主治医に受診できるよう支援し情報を共有し、必要な医療が受けられるよう支援している。往診の歯科診療も受けている。	
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。	訪問看護(さくら)との協働、毎週水曜日1週間の様子や気づきを伝えて相談、摘便や主治医への報告、受診の指示、24時間対応の電話相談等適切な医療や看護が受けられている。		
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。	入院時の付き添い、情報交換は出来ている。入院中も面会、電話にて情報交換に努めている。病棟の看護師との関係づくりはあまり出来ていないが、主治医の先生や受付の方との関係づくりは少しずつ出来ている。		
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。	早い段階での方針の共有はあまり出来ていないが、医療ニーズには対応の出来ない事を説明した上で、本人、家族の望むことを一緒に考えていきたい。	事業所の出来る範囲のことを説明し理解を得たうえで、状況に応じて家族と相談し、医療との連携で看取りも行っている。	
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。	意識消失の初期対応について、訪問看護からの指導(学習会)、救急法やAEDの講習会への参加は一部の職員が出来ている。救急車報告用個人情報のまとめ、急変時の連絡表の作成をしていきたい。		
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。	夜間想定防災訓練は年1回8月に実施している。断水や停電も時々起こる為、外の貯水タンク、発電機の使用方法等、昼間の訓練もしていきたい。	地域の消防団や地域の方も参加して訓練を行い、事業所の様子を見てもらい、車いす移動など個々への対応も確認している。毎回気づきもあり反省し次回に活かす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>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。	自力での排泄行為が難しくなってきたる方の「自分で出来る、したい」という思いを大切に、自分で更衣等が出来るように言葉掛け、支援している。本人のしたいこと、その流れを止めないように思うようにして頂いて、後でさりげなく片付け等をするようにしている。	利用者のしたいことを尊重し、流れを止めないように対応している。居室に入るときはノックし、名前を呼んで振り向かない時は傍に寄る、大きな声を出さないなど常に意識している。	
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	こちらから決めつけての声かけではなく、選べるように働きかけている。その日食べたいものが言えたり、全ての利用者がそれぞれの思いを自ら又は問いかけにより言う事が出来ている。		
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。	希望を聴いて働きかけをしている。外出や行事等、皆での活動にお誘いしても「今日は休ませて」と希望があれば、その時間も大切に、気持ちが変われば参加して頂く等、その時の状況に合わせて支援している。		
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。	普段の髭剃りや整髪、汚れた衣類の更衣、特別な日のメイク、お洒落な衣類等個々に合わせて支援している。服を着る順番が分からなくなってきた利用者が以前言っていたこだわりを大切に考えながら支援している。		
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。	台所に立てる方は限られてしまっているが、同じホール内で調理の様子を見たり、音や香りも感じられている。材料の説明(家族からの頂き物、畑の収穫物、手造り味噌等)や味見をしてもらい、会話や食事を楽しまれている。	郷土食や行事食を大切に、手作り味噌やこんにやくを食事で頂いている。誕生日には家族と外食したり、好きなものを食べに出かけたり、皆でケーキを作ったりして楽しんでいる。	
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。	食事が進まない時は代替食品を用意したり、水分の苦手な方には水分ゼリーやトロミを使用して必要な量を摂取出来る様に工夫し、記録を確認しながら支援している。		
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。	口腔ケア指導が月1回あり、本人の状態、気分に合わせて支援しており、口腔内の清潔が保たれている。朝食後は出来ない時も多く、口をゆすぐ事から実施していきたい。		

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
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。	退院時紙オムツの方も、紙パンツ、トイレの使用が出来るようになり、紙オムツは使用していない。必要に応じて排泄記録をし、自分で行かれる方は出来ない部分を支援、行かれない方は声がけ誘導し、失敗なく排泄できるように個別に支援している。	オムツになった利用者も立位が取ればパットを使ってトイレで排泄できるよう支援し、夜はオムツでも昼は布パンツを使用するなど、トイレでの排泄に向けた個々への支援を行っている。	
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。	精神的身体的に安定した生活が出来るよう、定期的な排便を促すため、薬の調整や民間療法(はちみつ、りんご等)、朝の体操も習慣的に行っている。		
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。	男性は1番に入ると気分良く自立支援に繋がっている。プライドと清潔保持の為毎日入浴される方もその日の気分の良い、入りたいタイミングで入浴出来ている。	介助や見守りで入浴し、清潔保持のため毎日入浴する利用者もおり、入りたいタイミングで入浴できるよう支援している。	
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。	休みたい時に休める、昼寝の時間も休みたい方は自由に過ごして頂く等、個別に対応出来ている。夜間自然に入眠出来る様、日中の活動を多くし、夜は出来るだけ刺激を少なくするよう心掛け全員がほぼ毎日良眠出来ている。		
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。	薬の説明書をひとまとめにし必要に応じて確認、理解している。確実に内服出来る様支援し、湿布、塗り薬も症状に合わせて使用。症状の変化(普段と違う様子)も確認し、安定剤の使用を中止する事が出来た。		
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。	新聞を読みたい方、TVを見たい方、整理整頓、台所、洗濯物の整理、読書、歌、風船バレー等、それぞれの好みや楽しみ、やりがいに合わせて支援している。		
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。	日課の散歩、昼休みの散歩、買い物等希望に添って出かけられる様に支援。家族と一緒に床屋と外食、お墓参り、誕生日の外出、新居への帰宅等、家族や地域の方の理解と支えにより外出出来ている。	散歩は毎日、食材や欲しいものの買い物にはよく出かけており一日1回は外に出ている。家族と出かける、お墓参り、家へ行くなど家族や地域の協力もあって日常的に出かけている。	

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
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。	常にお金を所持しているのは1名。病院での支払い、買い物の支払いは付き添い見守り、助言にて財布から支払う事が出来ている。		
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。	贈り物が届いた時は電話をかけてお礼やお話をしている。年賀状や毎月のお便りを書けるように根気よく付き添い支援している。		
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。	居間の電気がホテルのロビーの様なデザインで暖色系になり穏やかに生活出来ている。テーブルの花や壁の飾り物、ホワイトボードへの日付、コメント等、季節感に配慮している。	自分が最初に座ったところが自分の場であったりするため、利用者の思いを大切にしながら過ごしやすい雰囲気を作っている。書初めなど作品を飾ったり、写真や花を飾って季節感を出している。	
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。	テーブルを4つに分け、適切な距離感の中で会話を楽しんだり、本や新聞を読んで自分の世界に浸れたり、廊下の奥の椅子に座って日向ぼっこをしながら外を眺めたり思い思いに過ごされている。		
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。	自宅で使っていた大切な物を持って来て飾ったり、居室のトイレが安心して使えるようにベッドの位置を工夫したり、必要に応じて手すり等を取り付けたりしている。	毎日使うご飯茶わんや湯飲みは家から持ってきており、家で使っていた物を持ってきて飾っている。動きの様子でベッドの位置を考えたり、手すりやマットも工夫し、利用者が過ごしやすいように工夫されている。	
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。	文字が読める方にはトイレやお部屋が分かりやすい様に書いて貼ったり、お部屋を間違えやすい方には入り口に人形をつけその都度助言したり工夫している。		

(様式4)

事業所名 赤石寮グループホームやすらぎの郷

## 目標達成計画

作成日: 平成30年3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	1	法人の理念を基に事業所の理念についての理解が深められておらず、理念の具現化に向けた取り組みが出来ていない。	事業所としての理念を具現化し、管理者・職員で共有し、実践につなげる。	利用者が社会の構成員として社会参加し地域の中で暮らし続けられるように支援する。	3ヶ月
2	5	入退所等一方的な指示があり、市町村との連携、情報交換が出来ていない。	地域ケアについて情報交換を積極的に行い、事業所と市町村との円滑な連携を図る。	事業所のケアサービスの取り組みを伝えていく。運営推進委員会へ地域包括支援センターの方にも出席して頂く等、積極的に働きかけていく。	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。  
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成して下さい。