

### 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	2072500768		
法人名	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	下伊那郡阿南町新野28-1		
自己評価作成日	平成23年11月26日	評価結果市町村受理日	平成24年4月16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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成23年12月22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>恵まれた自然(桜、山菜、あじさい、ホタル、紅葉、雪など)を楽しみながら、地域への行事にも進んで出掛けています。                  台所仕事は皆さん一番やってきていることで、野菜取りから食器片づけまで、出来るだけ関わってもらっています。                  今年からお話ボランティアをお願いできるようになり、職員会の時助けてもらっています。</p>
---

【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)】

<p>開設12年目となり、法人としてではなく、ホームとして地域との交流ができており、地域住民の理解も広がっている。月1回の職員会に、入居者の見守りや交流を行う「お話ボランティア」、地域の高齢者が、福祉施設を理解しやすいように「ボランティア」として受け入れるなど、地域の要望も聞きながら取り組んでいる。日常的な外出や、なじみの関係の継続も大事にしており、地域の行事への参加、希望にあわせての外出など、ホームへの訪問の受け入れだけでなく、できるだけ外に出かけられる機会を作るよう工夫がされている。自己評価は、職員全体で行い、課題については真摯に受け止め改善の努力がみられる。今回、自己評価で成果の低かった66項目で職員のストレスケアの必要がわかり、メンタルヘルスを導入することも計画されている。これからも、地域に根ざしたホームに発展されることが期待される。</p>
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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

ユニット名( )		項目	
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 該当する項目に印
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)	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)
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)	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)
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)	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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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、安心して暮らせている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキ-) + (Enterキ-)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>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>法人の掲げる「一隅を照らす」という理念の下、独自の目標を作り、事務所へ掲示している。</p> <p>困ったときに立ち返るのが“理念”。行動を見直す為にあるので、定期的に読み合わせをして徹底していきたい。</p>	<p>法人全体の理念、行動計画については、年度当初管理者から、話がされている。ホーム独自の今年度の目標を職員で作成し、掲示されている。</p>	<p>今後、地域密着型サービス、グループホームの意義について職員間で確認しあい、自分たちで作成した目標については、具体的にどうい内容なのか話し合い、行動計画について月々の目標を定める等工夫して実践につなげることを期待したい。</p>
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>保育園・小学校・中学校の行事、地域の行事など、招待状を送ってもらえるようになり、ほとんど参加させてもらっている。自治会・入学式・卒業式など管理者が参加している。中学生の実習受け入れ、地元の野菜購入もしている。</p> <p>地域への清掃参加は出来なかった(老人会)</p>	<p>開設して12年目を迎え、法人内の特養やデイとは別に、地域や学校関係の行事に招待されるようになってきており、ホームとして地域との関係が作られてきている。中学生の体験実習も受け入れ、利用者と交流している。地域の人、ホームへ来る機会を検討し、お話ボランティアもお願いして来てもらっている。さまざまなつながりが増え、知っている人とのふれあいができ、良い刺激となっている。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>GHを知ってもらう為に、GHへ来てもらえる機会作りをしている。(ボランティア...月1回、お話ボランティア...在宅認知の方の参加あり、DSからの見学など。)</p> <p>ボランティアの方などに利用者さんの様子を知ってもらう為、行動を共にしてもらう。</p>		
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>事業報告、ヒヤリハット、事故届けなどの報告をしている。また、家族会・りんご狩りなどにも参加して頂き、利用者さんや家族の方の様子を見てもらって、意見を頂いている。</p>	<p>前回の目標達成計画にあげられていた定期的開催については、1年間の予定を伝えるなどして、役場や包括の職員、老人クラブ代表、ボランティア代表、家族代表の参加で実施されている。事業報告や満足度調査の報告等を行い、意見をもらっている。お話ボランティアの訪問は、話し合いのなかで実現できた。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>ここ一年の間に3人の方が入退所され、相談させてもらっている。推進委員会の折には、町関係の福祉の情報を教えてもらっている。</p> <p>必要な情報は町からの通達があります。</p>	<p>推進会議には、役場の職員も参加しており、情報交換ができています。また、必要時には、相談をして、連携をとってすすめている。</p>	

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
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	夜勤帯1人の為、日勤帯の職員が帰る時、外の玄関の鍵を閉めています。(帰宅願望のある方がいる為)	前回の目標達成計画にあげ、学習会を行う予定だったが実行にまで至っていない。身体拘束をしないことの大切は、日頃から話されている。	計画に沿って、指定基準の理解、夕方鍵を閉めていることについて等、学習や討議を深めていくことが望まれる。
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	項目6、7について...努めています。 項目6,7,8について...知らないことも多く勉強していきたいと思う。		
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	現在ここでは使う人がいない。		
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	入所時説明させてもらい、尋ねられたら説明しています。		
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	法人にて家族への満足度アンケートをまとめる(8月) 「外出・外泊届け」用紙に、家族の意見など書いてもらっている。 家族会の時、ケアプランを説明しながら聞き取りができました。	法人全体で、家族への満足度調査を行い、それをまとめて、それぞれの事業所で活かしていくことになっている。面会時に話をしたり、今回の家族会では、それぞれに話げできた。	
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	週一回お昼に来てもらい、雑談交じりの話は聞いてくれる。 月一回の職員会の内容報告をしている。 事務所にいる時には、話づらいこともある。もっと聞いてもらいたい。	管理者は、週1回入居者や職員と一緒に昼食をとり、簡単な話をしている。月1回の職員会では、自由に話し合いができており、会議報告はされている。また、職員の様子を見て、主任が職員に声をかけている。今までに、洗面所を増やす、鍵の位置を変える、テレビの購入など、職員から出されたケアに必要なことは、可能な範囲で改善されている。	

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
12		<b>就業環境の整備</b> 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	年に1回“元気回復”があり、気分転換できるようにエリア内で班を決めて行っている。 職員のストレスケアについて、誰に相談したらよいのか分からずに困った。メンタルヘルス導入移行。		
13		<b>職員を育てる取り組み</b> 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	それぞれ、関心のあることを大事に研修に行ってもらっている。 良い研修に行っても、他の職員に伝えるのは難しい。講師の方が来て皆で同じ内容の研修を受けられる機会を検討したい。		
14		<b>同業者との交流を通じた向上</b> 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	飯伊下伊那地区の「GHの集い」(年4回)参加 近隣GHとの合同花見 3GHでの合同運動会		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>初期に築く本人との信頼関係</b> 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	入所時の聞き取りでは不十分。生活しながら関係づくりに努めている。		
16		<b>初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	入所時、面会時には聞くように努めているが、難しい方もおられる。(今はだんだん慣れ、中へ入ってお茶を飲んでもらえるようになった家族の方もおられる。)		
17		<b>初期対応の見極めと支援</b> 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	福祉用具の使用手続き。		

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
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	話を聞いてもらったり、教えてもらったり、一緒に生活しています。		
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	誕生日など可能な限り会いに行ったり来たりしてもらっている。 毎月の「お便り写真」を子供さん達皆に送らせてもらっている。 贈り物が届くと、お礼の電話を本人(話せる方)と一緒にかけて話をしてもらっている。		
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	馴染みの美容院に行きたいと希望があった為、遠くまで行ってくる。 誕生日など、知人を呼んで食事会をしたり、家族の元へ行ったり、お墓参りに行ったり、個人的に対応している。DS・赤石からも近くの地区の方々が面会に来てくれる	地域の出身者も多く、地元のお寺の桜見物、スーパー等への買い物、デイサービス利用者との面会、地元の床屋へ行くなどの支援をしている。希望があり、飯田までなじみの美容室に行くこともある。また、家族等の協力も得て、墓参り、葬式への出席、知人や家族のところへ出かけるなど、関係が途切れないよう努めている。	
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	努めている。一人一人の人生が違い、食器洗い一つとってもやり方が違い難しいときがある。(GHが家だと思おうと、他の利用者さんに「家に帰れ」と言ったり、一人ベンチで過ごし孤立してしまう事が多い方がいる。)		
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	会ったときなど、今の様子を伺ったり、相談されればお話させてもらっている。(退所された家族の方が野菜を届けて下さったり、訪問して下さる。		
<b>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	本人中心には考えている。本人に聞きながらやっているが、「ない」と言われる方は生活の様子の中で見つけるようにしている。 ドリルをやりながら、昔の様子を一言一言聞きとめている。	センター方式を活用して、本人理解に努めている。また、「教えてください」の用紙を作成し、好きな歌や遊び、なつかしい食べものなど聞いている。計算等のドリルに、「したいことは」の欄があり、一緒にやりながら聞いて記入している。聞いたことは、申し送りの時に確認しあい、実現できるようにしている。	

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
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	入所時に聞いてはいるが、全てではないので面会時に「センター方式の記入シート」を見てもらい、書けるところを記入してもらおうと、情報の把握にもなるし、会話のきっかけ作りが出来る。 生活の中での情報はメモして書くようにしていきたい。		
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	変わったことなどを中心に把握に努めている。		
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	モニタリングが生活の様子が中心になってしまい、計画一つ一つの反省が出来ていませんでした。 家族へは話し合いというより、報告となってしまうケースが多い。	目標達成計画に基づき、取り組みがすすめられている。家族会の時、ケアプランについて、説明だけでなく話し合いの時間を設ける、職員会では、ケアプランについての検討時間をきちんと設定するなど、改善がされている。	
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	個別記録は出来るようになってきており、1ヶ月の様子をまとめて職員会にて報告。		
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	病院関係(受診・入院など)の対応をしている。 夜のドライブ(時間外) 夜間入浴...2週間ほど行い、その後は本人が「昼間でよい」と納得され昼間の入浴となる。		
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	子供達との交流、りんご農園、温泉、食堂、床屋などを利用し、楽しく生活できるように支援している。		

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
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>入所時にかかりつけ医を聞いている。家族の方に聞きながら受診している。</p>	<p>地域の診療所がかかりつけ医となっている。先生とは、看護師を通して、あるいは、先生との連絡ノートを活用して相談しながら、適切な医療を受けられるように連携して支援している。</p>	
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>日常生活を共にしており、様子をわかっている為、連絡・指示をもらっている(毎日はいない)</p> <p>不安な時は、「何も悪いところなかったのなら良かったね」という思いで、早めに受診をしている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>認知が進まないように「早期の退院」をお願いしている。</p> <p>“赤石寮”として理解してくれている。</p>		
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>家族と医師の話し合いが出来た為、はっきりとした方針が決まった上での看取りが出来た。しかし、まだ、不安が残る職員があり、勉強会の必要性がある。</p>	<p>実際に看取りの経験もあり、その都度話し合いを行い実践してきている。前回、目標達成計画を作成し、取り組みをすすめている。現時点の本人や家族の希望をまとめる用紙を作成し、聞き取りを始めている。また、緊急対応の勉強会も行った。</p>	<p>達成計画の到達点を明確にしながら、ホームでできることの確認、医療関係者との連携を踏まえ、取り組みを継続されることを期待したい。また、職員間での話し合いを深め、方針を共有していかれることが望まれる。</p>
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>マニュアルはあるが、やはり、訓練が必要。“118”の勉強会など、定期的に行いたい。</p>		
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>夜間防災訓練、マニュアル等実施している。事務所独自のマニュアル(細かく)作成中...11月中</p>	<p>法人として、地域協定を結び、協力体制ができている。地域合同の避難訓練や近所の方も参加しての夜間の訓練も行っている。現在、ホーム職員で、一人の時どう対応するのか等、より細かく具体的なマニュアルを作成している。避難しやすいように、鍵の位置を変える、停電時の対応として、発電機の購入などをすすめている。</p>	

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>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	“プライド”を損なわないように、汚れ物などはそっと洗って戻している。	部屋への入室時は、ロックをする、声を掛けるなどの配慮、言葉づかいに気をつける対応に心がけている。排泄の失敗をした場合も、本人のプライドを考慮して対応している。日常的に、気になる時は、主任が職員に話すようにしている。当日も、やさしい言葉かけ、本人に確認しながらの働きかけの様子がみられ、穏やかな雰囲気だった。	
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	ドリルの時、「今日したいことは？」など思いは聞くようにしている。こちらからお願いすることが多いが、どうしたいかを聞きながら対応している。		
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	その時々、本人に声をかけながら決めてもらっている。コミュニケーションをとって対応している。		
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	外出時の化粧。散髪...本人の希望を優先し、理髪店へ行ったり、職員がカットしたりして対応している。冬場は個々の手袋、帽子、マフラーなど、玄関に置きすぐに使えるようにしていきたい。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来ることはどんどん頼んで發揮してもらっている。(朝食時に卵焼きを焼いてくれる方もいる) 「食べたいもの」を聞いて作っていきたい。	畑から野菜を採ってくる、野菜の皮むき、配膳、盛り付け、洗い物、食器を拭くなど、できることを職員と一緒にやっている。誕生会や忘年会、お祭り等行事には、みんなで五平餅を作ったり、鍋を囲んだり等楽しんでいる。昼だけでなく、夜の外食も試みるなど、工夫をこらしている。当日も、いなり寿司やポテトサラダ作り等、なごやかに行ってた。	
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	水分の摂れていない方は水分チェックをしている。(チェックすることで、飲んでもらおうと言う意識が出た。)栄養面は皆が美味しいと言って食べてくれればOKとしている。汁のいらぬ方も他の器に変えることで食べてもらっている。水分にむせる方にはトロミ使用している。		



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
42		<p>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</p>	<p>毎食後は出来ておらず声をかけていきたい。 (1人歯周病の為、毎食介助している) 週1回ポリデント消毒</p>		
43	(16)	<p>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</p>	<p>汗かきの方...紙ぱんつから布ぱんつに変更し、トイレでの排泄を介助する事で、それが良い習慣となる。尿チェック表を上手に活用していきたい。自然とぬれてしまう方が出てきており、ナプキン使用を促しているところ。外での排泄が習慣の方もおられる。</p>	<p>夜間に紙パンツやポータブルトイレを利用している方もいるが、日中は全員トイレで排泄している。声かけや誘導の必要な方には、利用者の状況や時間をみて支援している。外で排泄する場合、清潔やプライバシーに配慮をしている。</p>	
44		<p>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</p>	<p>薬での対応が主になってしまうが、食物繊維をとってもらえるように工夫している。運動量には限界があるので、便秘に効く体操などに取り組んでいきたい。</p>		
45	(17)	<p>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</p>	<p>入所時には、睡眠前の入浴や温泉などで対応していたが、この頃は午後でも「気を使って頂いて...」と言って入浴してくれる。 嫌なときには、時間をずらしたり、声をかけている。</p>	<p>2日置きにお風呂日があり、入浴チェック表を確認しながら、声をかけている。拒否される場合は、時間をずらすなど工夫をしている。入れないときは、清拭・足浴で対応している。入浴時間は、午後になっているが、状況によって睡眠前の対応や希望の温泉施設での入浴対応も行って来た。</p>	
46		<p>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</p>	<p>その都度、自由に休めるように支援している。 昼休み、コタツで休んでいると「わしの家だに、家へ行って寝よ!」と言われる方がいて、フォローの声かけをしている。</p>		

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
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	1人1人袋に薬の説明があり、日付を書くことで飲み忘れの防止になっている。今、昼間安定剤を飲み始めた方がおり、様子を記録している。副作用については医師にお願いするつもり。		
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	昔、出来ていたこと、得意な事を大切に声をかけている。		
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	習慣として毎日赤石までのゴミ捨てには、希望を聞いて行ける方が行っている。月に一度のお楽しみ日・お誕生日など本人の希望を取り入れ、家族の元にいたり、知人に会いに行ったりしている。	日常的には、隣接する特養までのゴミ捨て、散歩など行っている。お花見やりんご狩りなど季節ごとの外出やドライブ、3GH合同の運動会や法人内のデイや特養の行事への参加、個別に希望を聞いての墓参りや外食、子どもや知人への面会など、時には家族等の協力を得て支援している。	
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	現在2名のみ。(薬の支払い・買い物など)		
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	話したい希望がある時、送り物が届いた時など、電話で話をしてもらっている。家族への毎月のお便りを自筆で書いている方もいる。		
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	季節の花など飾っている。 少々、食卓の上と脱衣場が暗い気がする。	みんなが日中過ごす場所は、廊下とつながった大きな広い部屋だが、畳のスペースには炬燵があり、テレビの前にはソファなどがおかれ、好みの場所で居心地よく過ごせるようになっている。また、床暖で、フロア全体が暖かい。季節の花やクリスマスの飾りなどが置かれ、仏壇もあり、家庭的な雰囲気がでるよう工夫がされている。	

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
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2つ、堀ごたつ、家具調こたつ、車椅子用こたつ、廊下の椅子など、自由に座ってもらえるようにしてあるが、席が定着している方の場所に他の方が座ると、文句が出るので対応が必要。		
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	自分の居室では無く、他の方の部屋へ入られてしまう方がいるので、その方の部屋へコタツを置くなど居心地が良くなるように工夫している。家族に頼むと鏡台を持ってきてくれた。その後、自分からは入られないが、コタツによって以前よりも夜間休めるようになった様と思う。	トイレが居室にあり、鏡台、タンス、炬燵、椅子など、使い慣れた家具を置き、カレンダー、昔の写真、好きなタレントの写真、鉢植えの花、本など好みのものを飾り、それぞれが居心地よく過ごせるようになっている。部屋やトイレの表示も、混乱をおこさないよう工夫がされている。	
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	神棚を作りつけ、毎日、お茶・ごはん・お線香などをお供えている。バリアフリーは全介助の方には良いが、他の方にはマイナスだと思う。段差があった方が、自分で気をつけるし、足を上げることも出来ると思う。		

## 目標達成計画

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	理念 GHの目標等掲示してはいたが、職員に意識づけ出来ていなかった。	全職員が1つの目標に向かい、お年寄りとかかわっていただけるようにする。	・職員会にて、法人理念の読み合わせをし、理解を深める。 ・全職員に“個性を尊重するとはどういう事か”を考え提出してもらい、その中から具体的で分かり易い行動計画を立てる。 ・行動計画の中から1項目ずつの毎月の目標とし、個々で毎日出来た事を記入し、お互いに確認し合いより良いケアにつなげていく。	12ヶ月
2	6	・日勤帯の職員の退勤時間(PM6:00)に戸締りをしている。防止上の意味もあるが、身体拘束の可能性もある。(以前夕食後外出され、「死んだ方がいい」という強い思いから戻れなくなり、休みの職員にも来て頂くという事例があり、お年寄りにも職員にも負担を掛けてしまった事があり、不安でもある。)	夜間(PM8:00)戸締りとして錠をかける。	・現在は、お年寄りの様子も落ち着いてきており、PM8:00の施錠も可能であると考えられるが、職員の不安は大きい。今後、日が長くなり、陽気もよくなっていくと以前の様に「夕方外へ」と希望される方も多くなると考えられる。今の体制でお年寄りの安全は守られるのかを再検討し、必要に応じて家族の方の理解を頂きながら目標達成に向けて努力していきたい。	3ヶ月
3	33	・重度化、終末期に向けての方針について、家族の方との話し合いが十分にできていない。	安らかに終末期を迎えて頂けるよう本人・家族・職員・医療との連携がとれるようにする。	・お年寄り本人・家族の方と話し、現時点での思いを共有する。 ・訪問看護(4月より週1回)24時間のオンコールを踏まえ“看取り指針”“私の看取り希望”について家族の方と話し合いその為に必要な勉強会を行ない、職員の不安を軽くしていく。	12ヶ月
4	66	それぞれの職員が疲れていたのに気付くのが遅く相談する場がなかった。	生き活きと働ける職場にする。	・メンタルヘルス導入していく予定(赤石エリア) ・職員が困っている、疲れているなど、気付いたら話を聴く時間をとっていく。(主任)	12ヶ月
5		(あるお年寄りの外へ行きたい、家へ帰りたい思いはその都度夜間でも1人職員がついて対応してきました。GHが自分の家になると、他のお年寄りに「帰れ!!!」と言われ言われた方が落ちつかなくなってしまうことも度々有り「一年頑張ったのに…」と思う職員達に疲れが出てしまいました。)		職員会を開いた後、家族の方と相談し、受信して頂き安定剤の服用を始めました。現在はネギ・芋の皮むき・皆でやっている。ドリル・体操・ごみ捨てなどにも毎回ではないが参加してくれるようになってきました。そしてここが自宅で無くGHである事を説明し、少しずつですが、本人も「そうだなあ」と聞きいれてくれるようになってきました。職員も馴れてきたかなと思えるようになり、前向きに接する事が出来る様になってきました。	H23.10月～

注)項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。