

平成30年度

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	1473700399	事業の開始年月日	平成12年12月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	社会福祉法人 みやび会		
事業所名	グループホーム やすらぎの郷		
所在地	(227-0054) 横浜市青葉区しらとり台3-13		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	9名
		ユニット数	1ユニット
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	令和1年7月5日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpIsearch.aspx>

【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)】

当法人を含めたグループ内には、他の福祉関係施設（特養、老健等）や医療関係施設もあり、福祉、医療の連携が強化されています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年3月13日	評価機関 評価決定日	令和1年6月27日

【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)】

事業所は、東急田園都市線「青葉台駅」より横浜市営バス「つつじが丘」バス停から徒歩3分の利便性の良い静かな住宅街にあります。法人は東京都や神奈川県内に病院や介護老人保健施設、人工透析の運営など多くの医療福祉事業を展開し、それぞれ密接に連携を取り合っています。事業所は県の「身体拘束廃止推進事業」のモデル事業所に認定されています。

<優れている点>

事業所の理念をより実践につなげるため「ダメダメ介護になっていませんか」「自分本位になっていませんか」など介護の心得を7項目にまとめ、事務所に掲示して職員はいつも心に問いかけています。入居が困難な腎機能障害者や透析治療者など医療的管理の必要な人も受け入れ、丁寧に支援しています。全職員が医療行為に対応するための研修を受けています。週1回の訪問看護師の指導により利用者の食事時間や水分量の管理など認知症以外のケアについても積極的に取り組み、利用者が安心して安定した生活を営むことができるよう心掛けています。

<工夫点>

職員は入社後、3ヶ月間新人教育として管理者と交換日記のやり取りをしています。運営やケアに関して感じたこと、利用者の変化や気が付いたこと、意見や提案なども記録し、管理者は把握しています。職員は毎年、自分自身の年度目標を決め、6ヶ月ごとにその経過について管理者と話し合い、振り返りを行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
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	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホーム やすらぎの郷
ユニット名	やすらぎの郷

V アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	基本的には理念は共有され、理念の具現化に努めている。	事業所の理念をより実践につなげるため、分かりやすく表現した「心に問いかけよう」を事務所に掲示し、話し合っています。職員は利用者の自己選択・自己決定を介護の基本と考え大切に行っています。	
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。	町内会の一員として参加をしている。	地域の一員として町内会に入会し、回覧板で地域の情報を確認しています。ごみ集積場の清掃や年末の募金活動などに協力しています。中学生の福祉体験教室や折り紙・華道教室ボランティアの訪問など、地域と交流しています。	
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。	以前に比べては地域に活かされているかは難しい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	特に特別な取組みはされていない。	町内会の地区長や元民生委員、訪問看護ステーションの会長、家族などが登録されています。今年度はまだ開催の機会がありません。敷地内に住むオーナーや頻繁に来訪する家族とは運営推進会議と同様な話し合いを行っています。	外部の目を通して取組みや改善課題を話し合い、サービスの向上を図るため、今後開催の工夫も期待されます。
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。	昔に比べては希薄になってきている気がする。ゆとりが無いこともあって。	区職員に困難事例の相談や助言など、指導を受けています。生活保護担当者は定期的に来訪し、利用者の日常の様子や要望などを聞き取り、事業所に報告しています。助言を受け、協力関係を築いています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	身体拘束はしないケアの実践に取り組んでいる。	「身体拘束廃止及び虐待に向けた方針」を玄関に掲示し、職員は目的や取り組みを正しく理解しています。スピーチロックなど見えない拘束がもたらす弊害についての勉強会を適宜実施しています。事業所は県の「身体拘束廃止推進モデル事業」に指定されています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	虐待防止については職員同士で確認を行っている。		
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。	権利擁護のOJTなどを通して確認を行っている。現在1名が後見人がついている。		
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。	入居前のオリエンテーション等にて確認をまたは、質疑等を受けている。		
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並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。	本人の生活上での希望や嗜好をの確認とご家族からの要望等もお聴きするようになっている。	比較的近隣の家族が多く、週1や月1と定期的に来訪し職員と話し合っています。家族には毎月利用者の様子を「日常生活の様子」で伝えていきます。家族とは携帯電話やメール、SNSなどで意見交換しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	現場の意見を定期的に受け、必要に応じての支援を実施している。	職員は入社後、3ヶ月間新人教育として管理者と交換日記をしています。運営やケアについて感じたことや意見、提案も記入しています。職員は昨年の反省や今年の目標を提出し、管理者と意見交換しています。	
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。	現在は職員の定着及び確保にも苦慮することもあり、今後の課題でもありと考えている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	個々の能力のスキルアップには配慮している。定期的なOJT等の勉強会も実践している。		
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つくり、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組みをしている。	交流機会はあるが、現状は業務優先が多くなっており以前よりは少なくなっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居者への配慮を行うと共に、安心とやすらぎのある生活作りのための意見聴取は定期的に行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	定期的にご家族への連絡を行う事も含め、来設時には要望等もお聴きするように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前の生活環境の情報等を踏まえてサービスの提供内容についても十分に考慮しながらケアに繋げている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員との信頼関係の構築に努め、本人の良き理解者であるよう努力している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	常に情報提供も行いながら、共に支援の方向性を図っている。		
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。	以前のように中々いかない現状もある。また、ご本人の認知症が強くなってきている事で足を運んで来る機会も少なくなってきている。	入居前に利用者の自宅を訪問し、本人の部屋の様子や生活のリズムなどを把握しています。それまでの利用者の生活習慣を尊重し、それに沿った生活を支援しています。正月や盆には家族の協力で帰宅したり、馴染みの店での買い物や外食を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士が互いを尊重し合い、共に生活をしていく仲間としての配慮もしている。		
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。	今も以前の入居者のご家族とのやりとりは行っている。		
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	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。	本人本位の暮らしの在り方を考えながら、自立支援の取組みを実践している。	利用者の日々の会話や表情の変化などから思いや意向を把握するよう努めています。利用者の「出来ること」や「したいこと」などに気が付いた時は本人の立場に立って職員間で話し合い、業務報告日誌や申し送りノートに記録し、職員全員で共有しています。	
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。	入居前及び入居後も必要に応じた情報を頂きながら、サービスの提供に活かしている。		
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。	認知症の症状の把握及び健康状態にも配慮し、無理のない生活が営まれるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	カンファレンス等を通しての確認及び情報またご家族に意見も参考にしながら計画作成を行い、実践に活かしている。	支援目標の実践を確認する「会議計画実施記録」や「自立支援に向けた聞き取り書」などにより介護計画の見直しをしています。毎月ケース会議でモニタリングしています。原則4ヶ月ごとに家族の同意を得て短期目標を見直し、6ヶ月ごとに長期目標を作成しています。	
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。	その都度、情報共有を行いながら、課題や今後のケアの内容等の検討を行っている。		
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。	ADLの状況のもと、柔軟なケアの対応を検討し、最善の方法を模索しながら取り組んでいる。		
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。	地域で暮らす意義を含め、地域資源の活用は本人の生活の質を高めるうえで重要と考えている。しかし、現実には本来の活用の範囲までは難しい状況であると考えている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	24時間体制での支援の取組みができている。また、必要に応じては関連医療機関との連携も構築されている。	利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医としています。以前のかかりつけ医と併用するケースもあります。定期的な通院は家族対応ですが、職員が家族に同行し、利用者の状態を医師に伝える場合もあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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1回の定期訪問看護は勿論、必要に応じて24時間体制での看護支援も構築されている。		
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、また、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。又は、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。	常の医療機関等との情報交換を行うことで、利用者の負担軽減を含めた話し合い等は行っている。		
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。	基本看取り（終末期）を行う事になっている。その為の医師、看護師の体制（24時間）及び必要に応じての入院体制についても確保されている。	入居時に重度化や終末期に向けた支援について口頭で説明し、方針を確認しています。「終末期」と医師の判断があった場合も方針を共有しながら、出来るだけ間際まで看取りのケアプランには切り替えず、その人らしい生活が継続できるよう努めています。	
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。	定期的に緊急時の対応についての話し合いは行われている。医師及び看護師からの指導を含めて。		
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。	非常災害等の対応についても定期的話し合いがもたれている。グループ機関からの応援についても確立されている。	年2回訓練をしています。1回は消防署の協力を得、利用者も参加しての訓練です。訓練にはオーナーとその知り合い数名の協力があります。5日分程度の備蓄をしています。今後備蓄リストを作成管理し、災害に備えることとしています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格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。	介護基本ともいえる尊厳の保持を優先的に考え、プライバシーに対する配慮は行っている。	「ダメダメ介護になっていませんか」「自分本位になっていませんか」など7項目の心得を基本にした支援に努めています。一人ひとりの人格を尊重し、その人らしい心豊かな生活を支援しています。本人にしか分からない苦悩に職員はそっと寄り添っています。	
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。	自己選択、自己決定についても介護の基本的な本質と考え、配慮しながら心掛けている。		
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。	食事、入浴も含め、本人の体調等も考慮しながら、無理のない支援を行っている。		
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。	本人の意向も聞きながら支援は行っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	必要に応じて入居者様の好みも考え、また必要に応じて一緒に準備、片付けなどは行っている。	職員手作りの食事を提供しています。利用者は自分の力に合った関わりをしています。卵かけごはん、しょうゆ味など好みによる提供もしています。時にはうどん、鍋、カップ麺、寿司の出前などリクエストに応え、食事を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々の状況や状態に配慮し、内容を確認しながら支援を行っている。		
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。	基本は毎食後に口腔ケア支援は実施している。義歯の清潔保持についても実施している。		
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向けた支援を行っている。	オムツ対応者以外はトイレにての排泄を行っている。排泄状況を確認しながらの支援となっている。	トイレでの排泄を基本とし、支援が必要な場合はリズムやパターンを把握して声かけや誘導をしています。失敗があった時、職員は特に言葉を慎重に選び、本人に嫌な感情が残らないようにして支援しています。	
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。	排便状況についても常に確認を行いながら、必要に応じては医師の指示を仰げながら無理のない排便を促すように取り組んでいる。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴はひとり一人の対応となっている。ただし、本人の状態によって無理のない範囲での実施となっている。	最初にかけるシャワーの温度は熱め、ぬるめなど、利用者の好みで調整しています。シャワー浴対応の場合は、足浴をしながら十分に温まってもらうようにしています。一対一で職員との会話のほか、入浴剤の香りや色で入浴時間を楽しんでもらっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	基本ご本人の状態に応じての休息や睡眠時間の確保が十分に保たれるよう配慮している。起床についても同様となっている。		
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。	服薬支援は職員間で確認を行い支援するが、副作用等（新たに追加された薬）には十分注意をしながら確認を行っている。		
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。	出来る範囲での役割や楽しみことが持てるように考えてはいる。ただし、以前の様に外出等での楽しみは減ってきている。」		
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。また、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。	ご家族との外出支援を含めての企画等は行っているが、以前のような外出機会は減ってきている。	天気の良い日は玄関先で外気浴を楽しんでいます。事業所行事として外出の計画を立てていますが、今年度実施には至っていません。家族の協力を得た個別の外出や外食に関しては継続できるよう支援しています。	利用者のADL（日常生活動作）の低下に伴い、外出機会が減ってきています。気分転換や五感刺激の意味も含め、今後の外出支援の検討も期待されます。
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。	御カネの管理も含め、現在は自身が直接外出等を行い使用する機会が無くなっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	必要に応じて家族への電話などの支援は行っている。		
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。	限られたスペースやハード面での改善等が難しい状況にはある。そんな分、ソフト面での支援は考えて行く様努めている。	リビングはエアコンで室温調整をし、乾燥対策に加湿器を使用しています。適宜窓を開け換気をしています。遅めの朝食を摂っていたり、職員と談笑しながら湯茶を飲み、ゆっくり過ごしている場面が見られます。玄関には華道教室で利用者が活かした作品を展示しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ホーム全体が広くないので現実的には独りなれるスペース確保は難しい状況でもなる。		
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。	入居時に必要最小限の範囲で今迄の生活上で使用していたものを持ち込んで頂いている。ただし生活保護受給者の方などは当方にある物品等を使用させていただいている。	仏壇、大切な形見、使い込んだ飾りダンスに入った思い出の品々、家族の写真などを持ち込んでいます。出窓風の造りになっているため、飾った小物などが良いアクセントになっています。寝室としてのシンプルな居室もあります。	
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」や「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。	難しいことではあるが、個々の現存能力に応じて自立は促している。ただ、現入居者は大半が難しい状態である。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム やすらぎの郷

作成日： 令和 1年 7月 3日

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	18	ADLが低下してきた入居者への外出機会が減ってきている状況に、ホームとしての取り組みを再確認する必要がある。	定期的な外出機会を設けることで、日常生活での楽しみや、生きがいを感じていただき、ADL及びQOLの維持向上に繋げていく。	日々の日常生活上での外出や、誕生日及び四季を通しての企画を立案し、外出の機会を定期的に提供していく。	6～12ヶ月
2	3	運営推進会議の開催がなかなか難しい状況を今後は内容等を踏まえ、より建設的な話し合いができる工夫が必要と感じている。	外部からのより積極的な意見を頂きながら、よりよいホームの運営が行われるように取り組んでいく。	事前に開催内容や議題等の提案を行いながら、また、現在の福祉を取り巻く現況なども提供していきながら、意義ある会議へと進めていく。	6～12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月