

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 3 月 16 日

### 【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3471503247		
法人名	医療法人社団 ひがしの会		
事業所名	グループホームえんじゅ新涯		
所在地	福山市新涯町1丁目23-11		
	電話番号	084-981-1682	
自己評価作成日	平成 29 年 2 月 3 日	評価結果市町村受理日	平成 29 年 3 月 21 日

※事業所の基本情報は、介護サービス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	
----------	--

### 【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 29 年 2 月 27 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>・明るく、活気と笑いのある施設です。 ・お客様との関わりを大切にしています。 ・お客様に楽しんでいただくための行事計画や地域へ密着していくために地域行事への参加や運営推進会議、などに力を入れています。</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>静かな住宅街ではあるが近隣には、大型スーパーや郵便局もあり利便性が良い場所の中にある。周りには少しだけ、田、畑もあり、その時々収穫で季節の移り変わりを感じる事ができるという穏やかな環境である。同法人のデイサービスが併設されていて、職員同士の連携と利用者同士の交流もでき、ボランティア訪問時には隣の事業所に出向き共に楽しんでいる。ケア面では利用者に寄り添う時間を多く持ち、会話を大切にその人の思いに沿った支援に努め、その人らしく、その地で穏やかに過ごせる事を大事にされている。また、楽しみごとも多く持つよう取り組まれ、地域行事や外出希望があれば、希望の場所に出掛られ、気分転換や五感刺激となる支援に努められている。研修もあらゆる分野で定期的実施し、個々のスキルアップに繋げられ、高度な介護技術を目指されている。地域との関わりも、今では運営推進会議が充実し、地域の理解と協力が得られ、地域資源、地域貢献、相互の活用を行いながら、地域、家族、事業所三者で利用者を支え合い、安心、安全に日々過ごせる環境作りに努められている。全職員が理念や目標を共有し、ぶれる事のない統一した支援をめざしている。ホーム長をはじめ職員が明るく、優しく、笑顔のある、家庭的な雰囲気のある事業所である。</p>
--

## 自己評価および外部評価結果

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	理念及び目標を玄関・事務所に掲示している。理念及び目標に沿って個人目標を作成し、実践に向けて取り組んでいる。	法人理念、法人の年間目標、事業所独自の目標それらを基に個人目標を作成し、目につきやすい場所に掲示すると共にユニット会議や全体会議で理念目標を実践に繋げる様周知している。又、上期と下期に個人目標評価を行い達成度の確認をしながらケアに活かすよう取り組まれている。	
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	地域の清掃活動や行事の参加を積極的に行い、近隣の方々と交流ができるようにあいさつなど声かけを行っている。		
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	事業所の取り組みや認知症の人の理解や支援の方法を知っていただけるように運営推進会議を開催している。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、地域の方々と意見交換が行える機会を設け理解を深めている。	家族(4~5名)連合会長、町内会長、民生委員、町内役員(福祉を高める会)、地域住民代表、ボランティア、行政、包括支援センター等の参加により、利用状況等多岐にわたり報告し、毎回議題を決めて意見や助言を得、サービスに活かしている。勉強会となる事もある。日頃の様子は便りをみてもらい現状把握してもらっている。	
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	事業所と家族様との関わりやケアサービスの内容など市町村と密に連絡を取り、また、必要時は相談に行きアドバイスをいただいている。	運営推進会議への参加があり現状把握はしてもらっている。会議の中で聞く事もある。書類などの提出時に相談する事もあり協力関係を築くよう努めている。行政担当者の訪問も定期的にある。	
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	身体拘束について勉強会を開催し、身体拘束となる行為について話し合い、考えることで理解を深めている。	基本身体拘束はしない方針である。法人全体の研修や内部研修も行い、全職員理解している。又、ミーティングや全体会議でも周知すると共に制止する様な言葉かけをしている時は個人的に注意し拘束しないケアに努めている。	
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	高齢者虐待について勉強会を開催し、虐待となる行為について話し合い、考えることで理解を深め、また、身体チェックなどこまめに行っている。		

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
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	成年後見制度を利用されているお客様がおられず、勉強会までは開催していないが、以前成年後見制度を活用していたお客様がおられたため、制度に関する資料は配布している。		
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	管理者が、契約時に家族様に説明し、署名・捺印をいただいている。		
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	お客様アンケートの実施や玄関に意見箱を設置し、意見や要望を聞いている。いただいた意見や要望は、話し合いの場を持ち改善に取り組んでいる。	訪問時やホーム便りと請求書を送付する際にも意見や要望を聞くように努めている。年1回家族アンケートを実施し、結果の集計と改善策や今後の取り組み等も記載され全家族に送付されている。また、日々の意見等は職員に周知し個々に対応すると共に反映させている。	
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	会議やミーティングを開催し、意見や提案を聞く機会を設け、解決に向けて話し合いを行っている。		
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	職員が向上していけるように、施設内研修を開催している。また、法人内でも研修があり積極的に参加している。		
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	施設内研修や施設外研修など参加を推進している。		
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	施設外研修や堂法人内での勉強会を通じて、交流を深め、意見交換ができています。		

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>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	事前面談などで情報収集を行い、その内容をもとに現場の職員やケアマネと入居判定会議を開催し、お客様が入居後安心して生活ができるよう努めている。		
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	事前面談などで家族様や本人様の要望を聞き、その内容を入居判定会議で話し合い、安心して施設での生活が送れ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	お客様に合ったサービスの相談や提供ができるように努めている。		
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	お客様ひとりひとりの役割を見つけ、また、お客様同士や職員も一緒に役割を持って生活を行っていただくなど関係を築いている。		
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	些細なことでも家族様へ報告し、面会に来られた時は職員からお客様の日々のご様子を伝えている。また、毎月1回写真付きの新聞を作成し、各お客様別にコメントを記入し配布している。		
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	お客様の馴染みの人に施設側から連絡を取ることはない。馴染みの場所については家族様にお任せしている。	知人の方が来られる事もある。馴染みの商店に買い物に行かれたり、希望で昔住んでいた場所や自宅に日帰りで帰られる方もいる。お正月には外泊されたり、家族と共に外食する方もおられる。家族、親せきとの関係が長く継続出来る様柔軟な支援に努めている。	
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	毎月職員が行事計画を立て、両ユニット合同で実施し、関わりが持てる機会を提供している。		

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	契約が終了したお客様やご家族様へ「困ったことがあったらいつでも相談してください」と伝えている。相談があれば、真摯に向き合っている。		
<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	カンファレンスはケアマネを中心に定期的を実施している。日頃のお客様の声を大切に、思いや希望を聞く努力と希望があれば職員同士で共有しケアプランに繋げるよう努めている。	日々の会話や個別対応(入浴、居室)時に色んな話の中から汲み取ることがある。また、介護支援専門員が定期的に希望や意向を聞くようにされ、個々の思い等は検討し、可能な限る対応している。食べ物や買い物、昔好きだった編み物等の希望が出る。表出困難な方には家族に相談したり表情や行動から把握する様努めている。	
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	事前訪問時、お客様や家族様から情報収集を行っている。		
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	カンファレンスやミーティングなどでお客様の情報共有に努めている。		
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	各お客様担当者が、本人様や家族様の要望や意見を聞き取り、その内容についてカンファレンスで話し合い、介護計画書に反映している。お客様の状態や要望に変化があった場合はその都度カンファレンスを開催し、介護計画書の見直しを行っている。	情報やアセスメント、家族の意向や要望を基に原案を作成し、1ヶ月の状況について担当者会議を行い職員の意見を反映させ現状に即した計画を作成している。モニタリングは3ヶ月ごと、また見直しは3~6ヶ月ごとに行っている。家族に承諾も得ている。	
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	個人記録や管理日誌、申し送りノートを活用し、職員間で情報共有している。		
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	お客様や家族様の希望や要望があれば、他サービスの提案をさせていただいている。		

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	地域のスポーツ活動やイベントへの参加、移動図書館などの利用を通して地域の方々と交流を図っている。		
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	入居時に主治医について確認をしている。状態に変化があれば都度主治医へ相談し連携を図っている。	協力医療機関の往診が月2回、訪問看護の訪問が毎週あり、健康管理ができています。歯科、皮膚科は必要時対応出来る。眼下については家族対応となっている。かかりつけ医も往診ある。結果等は変化があればその都度電話で伝えお互いに共有し、安全かつ適切な医療が受けられる様支援している。	
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	訪問看護ステーションしあわせと24時間連携体制を取り、お客様の状態に変化があれば、相談と報告している。必要であれば随時訪問していただいている。		
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。	入院時は施設から病院へ情報提供を行い、お客様の状態について情報交換している。また、こまめに面会へ行き、情報収集に努めている。		
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	家族様の希望に添い施設で対応可能であれば、主治医や訪問看護師の協力を得ながら支援している。	利用開始時重度化や終末期についての説明をされ同意を得ている。状態が変化し、看取り状況になると訪問看護師の指導を受け不安なく対応出来る様研修を行っている。また、医師から状況について家族に説明され、主治医、訪問看護との連携を持ちチームで支援していく方針である。看取り後は反省会も行い課題について話し合っている。	
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	マニュアルを作成し、各ユニットに配布している。また、緊急時・事故対応について勉強会を開催し、学びを深めている。		
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	年2回消防訓練を実施し、家族様や地域の方々にも参加していただいている。また、非常災害について勉強会を開催し、学びを深めている。	日中、夜間を想定し、年2回消防署指導と自主訓練を実施し、地域の方や家族にも参加してもらい、通報、消火、避難等の訓練をしている。年1回消防の日と決め同法人の各事業所と共に炊き出しの訓練も行うと共に土のうの造り方を教わる等、あらゆる災害に対しての勉強会もしている。備蓄もある。	

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	お客様と関わる時は、これからすることを説明し、了解を得てから実施している。また、職員間でも適切な対応が行えるように声を掛け合っている。	目線を同じにし威圧感のない対応をする様努められ、常に目上の人であると言う事を意識し声かけをしている。プライバシー、接遇等の研修を行うと共にミーティングでも周知し、振り返る機会としている。職員間でも注意し合い統一したケアに取り組まれている。	
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	日々の関わりからお客様の思いや希望を聞き取れるように努めている。お客様が自己決定できるように一人一人に合わせた声かけを工夫している。		
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	必要であれば都度業務の見直しを行い、職員がお客様の生活へ合わせるよう努力している。		
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	訪問理美容を利用し、身だしなみを整えている。日々の洋服については、選択が出来るお客様には選んでいただき、難しい場合は職員が選んでいる。		
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	料理の下処理などお客様のできることは職員と一緒に準備し食事を作り、テーブル拭きや食器洗い、など後片付けも職員と一緒にやる事で役割を持っていただいている。	茶碗、コップ、お箸等は自分の使い慣れた物を用意し、その人に合った形態を準備され、自分のペースで食べられている。栄養バランスにも配慮し味も良く、食をそる盛り付けで完食されている。下膳やテーブル拭き等出来る方にはしてもらい力量発揮の場面作りをされ張りのある生活に繋げている。	
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	お客様一人一人の状態に合わせて食事形態を変更している。また、水分量を都度記入することで1日の摂取量が把握できるようにしている。水分量が少なければ声かけ、水分を摂取していただけるように対応している。		
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	食後は口腔ケアを行っている。定期的に入れ歯の洗浄を行い、清潔を保っている。必要に応じて歯科受診のお願いや、訪問歯科診療をしていただいている。		

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	排泄チェック表を活用し、お客様の状態に合わせてトイレ誘導を行っている。排泄機能に変化が見られた時はカンファレンスやミーティングで話し合い、対応している。	日中は個々のパターンでトイレ誘導されている。自立の方もおられ見守りに対応し、今までの生活習慣を活かした支援に努められている。おむつ使用はない。排便チェックもされ運動や食べ物(ヤクルト、ゼリー、牛乳)などを提供し、不快にならない様にしている。水分補給にも気をつけている。	
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	毎朝牛乳やヤクルトの提供や水分補給を心掛けることで便秘解消に努めている。しかし、排便がない場合は訪問看護師や主治医へ相談し下剤の指示をいただいている。		
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	入浴時間については基本的に決まった時間に行っているが、お客様の要望に合わせて時間の変更も行っている。入浴拒否がある場合、時間を空けたり、声掛けをする職員を変えるなどし対応することで定期的に入浴が実施できるようにしている。	週2~3回、時間帯は午後と決められているが希望により柔軟に対応している。湯温の希望やゆっくり入りたいという人には思いに沿う様な支援を行い、気持ち良く入浴してもらう事を大切にされている。拒否の場合は職員を変えてみたりタイミングをみながら対応し清潔保持に努めている。	
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	お客さまに自由に過ごしていただいている。居室の環境整備や換気、室温の調整は職員が行い、快適に過ごせるように努めている。		
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	薬は職員全員が把握できるように薬の仕分けを行った後、お薬管理表に記入し、変更があった場合は特記に記入するとともに申し送りノートや口頭での申し送りも行っている。		
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	アセスメントや会話の中からお客様の情報収集を行い、その内容をカンファレンスやミーティングで話し合い、対応策について話し合い可能な限り実施している。		
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	外出行事を行ったり、家族様に協力をいただくことで外出支援している。	近くの公園にお花見に行ったり、希望で図書館や外食買い物等にも出かけ、気分転換と楽しみごとの支援に繋げている。行事に合わせて個別対応を行っている。散布は本人の行きたい時に行ってもらい、見守りに対応し外気に触れる様努めている。	



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
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	契約時貴重品の取り扱いについて説明をしている。お客様の希望で金銭を所持される場合、都度家族様と話し合い、トラブル防止に努めている。		
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	お客様より電話をしたいと希望された時は対応可能な場合は家族様へ連絡が取れるように協力をいただいている。都合により困難な場合は疑似電話で対応している。		
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	決まった時間に掃除を行い、快適に過ごせるように努めている。季節感が持てるようにフロアの装飾を担当者が行っている。装飾作りはお客様と一緒にしている。	利用者と共に作成された作品が飾られ、季節を感じられるお雛さんの絵もあり、リビングも広く死角もなく、一休みできる長椅子もある。両ユニット行き来出来る作りでユニット同士の交流もできている。食事準備の匂いや音で五感刺激となる共に家庭的であり、不快な匂いもなく明るく快適に過ごせる共有の場となっている。	
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	お客様が自由に過ごしたい場所で過ごせるよう環境を整えている。また、トラブルにならないように席の変更も随時行っている。		
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	居室になじみの物や使い慣れたものの持ち込みをいただいている。	収納ケースや寝具、テレビ、家族写真等が持ち込まれ、自宅とのギャップが無いよう工夫され清掃も行き届き気持ち良く過ごせる居室となっている。	
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	自立した生活が送れるようにできることは可能な限りご自身でいただいている。難しい場合や危険な場合は支援させていただいている。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		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		①ほぼすべての利用者の	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	○	①ほぼすべての家族と
		○	②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				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	○	①毎日ある	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		①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある			○	③たまに
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が	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		①大いに増えている
			②利用者の2/3くらいが			○	②少しずつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている		①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている		①ほぼ全ての職員が
		○	②利用者の2/3くらいが			○	②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている		①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
		○	③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが				②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				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		①ほぼすべての利用者が				
		○	②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

事業所名:グループホームえんじゅ新涯

作成日:平成 29 年 3 月 20 日

## 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	13	年2回の消防訓練を行っているが、地域の方が一緒に参加が出来ていない。 職員のみが行っている現状である。	火災等は、自分の事業所のみでは対応しきれない為、地域の方に応援に来てもらうことが大切。 普段からその体制作りをすること。	運営推進会議、又は家族会などの行事に消防訓練を一緒に行い、普段から地域と一緒に対応できる体制作りが必要である為、29年度に取り入れていく。	2029年9月
2					
3					
4					
5					

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、行を挿入してください。