

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30 年 3 月 16 日

### 【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491500819		
法人名	介護福祉サービス株式会社		
事業所名	グループホーム ゆうゆう金丸		
所在地	広島県福山市新市町金丸506番地		
	電話番号	0847-40-4040	
自己評価作成日	平成 30年 1月 23日	評価結果市町村受理日	平成 30年 3 月 22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 30 年 3 月 2 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)】

入居者様・ご家族の希望・意向をしっかりと聞きながら、重度化への対応・終末期ケアにも可能な限り対応をさせていただいております。2つのユニットを持っていることを活かし、認知症レベル、身体機能レベルに応じたグルーピングを行い、一人一人の状態に沿った支援が行えるよう努力しております。

また、地域行事・地域活動にも参加させていただきながら、地域交流を行い、地域の中で必要とされる事業所に成長できる努力をさせていただいております。

### 【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)】

静かな田園地帯の中にあり、昔は菊の町として有名な場所である。近くには郵便局や学校もあり、田畑もある。周りの山々の景色や田畑の収穫や作業風景でそれぞれの四季を感じる事もでき、穏やかに過ごせる環境である。地域との関わりも地域行事には積極的に参加し、顔馴染みの関係に繋がられ交流が深まる様取り組まれていると共に周辺の清掃を定期的に行ったり、地域行事には救護班として協力する等地域の一員として貢献されている。特に当事業所は看護師が常駐しているため、介護だけではなく看護も適切に行う事ができ、重度化した場合の対応もできる体制が整っている。又、協力医療機関との連携も構築され、緊急、夜間24時間の対応ができ医療面が充実し安心である。家族会も2ヶ月に1回、定期的に行い、信頼関係も築かれ両方で利用者を支え、個々の想いも共有し、どんな状態でも細やかに心ある介護、看護を心掛けられ、一人ひとりが馴染みの場所である人らしく穏やかに安心、安全に過ごしてもらっている様日々取り組まれている。研修も広範囲に実施し、職員個々のスキルアップに繋がられ介護技術向上に努められている。今では地域に開かれ、その地に無くてはならない、信頼できる事業所となっている。

自己評価および外部評価結果

1F・2F共通

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	法人の理念は毎朝の朝礼時に、唱和した後業務にあたっている。また、グループホームの運営理念を職員の声・意見・思いを元に作っており、朝礼場所へ掲示している。	毎朝の勤務に就く前に理念を唱和し、振り返る機会と共有が図られ、法人理念やグループホーム独自の理念を念頭に置き、全職員が統一した支援が実践出来る様、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	地域の祭りやイベントには積極的に入居者と参加している。また、月に一度職員が地域清掃活動を行っている。	地域行事(夏祭り、敬老会、マラソン大会)などへの参加とその際の救護班として職員が御手伝いをされたり、月1回自発的に清掃活動、見守り等、地域貢献されている。交流館のサロンにも参加し、色々な場で交流が図られている。町内会よりAEDの借入依頼もあり地域と一体化し、日常的に交流が出来ている。	
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	地域行事に入居者と一緒に参加することで、地域の方々に認知症、認知症ケアを知っていただく機会を設けている。		
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	2ヶ月に一度運営推進会議を開催しており、入居者の現状報告、活動報告を行っている。また、出席者から出た意見はすぐに実践し、サービス向上に努めている。	家族、自治会長、民生委員、行政、包括支援センター、利用者等の参加の下、現状や取り組み等、多岐にわたり報告され、多くの意見や情報等が得られ、サービスに活かしている。議題を決めたり、その時期の感染症や薬剤師より薬などの勉強会となる事ある。有意義な会議となっている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議には毎回出席して頂き、アドバイスなど積極的に取り入れている。また、書類提出時などにもなじみの関係が築けている。	運営推進会議に参加が得られている為、取り組み状況については理解が得られている。疑問点があれば気軽に相談できる関係が築かれている。包括主催のサービス連絡会へ参加し情報交換や勉強会等があり包括との協力関係も密にできている。	
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	身体拘束排除に向けての研修を定期的に行い、身体拘束をしない方針を常々職員に向けて伝えている。	基本身体拘束はしない方針である。年1回法人全体の勉強会や内部研修も実施し全職員理解されている。帰宅願望の方には会話等で気分転換に繋げると共に、見守りで対応し、抑圧しない支援を心掛けられ拘束はしていない。	
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	高齢者虐待防止関連法についての研修を行い、防止に努めている。また、どんなことが虐待につながるかを職員同士で話し合いをしている。		

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
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	管理者は日常生活自立支援事業の学習をしているが、対象者はおらず、成年後見制度を活用している。		
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	契約・解約時には利用者が同席できればしており、家族への説明をしっかりとらせてもらっている。		
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	家族の訪問時や家族会にて家族の意見を聞いている。また、利用者には日々の関わりの中で本人の思いや要望を記録に残し、ケアプランに反映させている。	2ヶ月毎に開催される家族会や訪問時等で聞くように努められている。家族の方と会う機会も定期的により信頼関係も築かれ、何気ない話の中から把握する事があり、その中での意見等は記録に残し検討し、運営に反映させると共に対応もしている。	
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	月に一度の会議や日々の業務の中での会話にて業務改善の話ができる環境を作っており、また改善に向けての取り組みを早く行っている。	日々のケアの中で聞く事もある。毎月のミーティングでは議長を順番制にされ全職員が役割を持ち意見が出やすい環境づくりをしている。職員の意見や提案は検討し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	不定期ではあるが、職員面談を行い、職場環境・労働条件についての話ができる環境を作っている。		
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	法人内では月に一度研修を行っており、スキルアップに努めている。また希望者には法人外の研修を受けるに当たったの助成、勤務調整を行っている。		
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	法人内のグループホーム管理者が月に一度会議を開いており、互いに意見交換をしている。また、他事業所への出入りがお互いにあり、改善すべきところ、見習うところといったことを意見している。		

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
<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	入居時の不安の軽減を図るために、担当性を設けており、しっかりと人間関係が構築できるように努めている。		
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	契約時に家族への聞き取りをしっかりと行い、アセスメントを取りながら要望を聞き取っている。		
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	契約時に家族への聞き取りをしっかりと行い、アセスメントを取りながら要望を聞き取っている。また、本人・家族と共に入居がふさわしいサービスかどうかを話し合い、場合によっては他サービスを勧めることもある。		
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	食器拭き、洗濯物たたみなど、本人の能力に合わせた支援をしている。また日常の会話にても、教えて頂けるような声かけを行うよう心がけている。		
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	面会のお願いや家族会への参加依頼、受診同行など入居者を一緒に支える関係作りに努めている。		
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	面会の時間設定をせず、随時訪れてもらえるようにしている。地域行事に参加することで、本人が築いてきた関係を継続できる支援をしている。	自宅近くの方や遠方の親族やお孫さん等も訪問される。又地域行事に参加する事で馴染みの方と出会う機会も多くある。家族と共にお墓参りや外食、御正月には日帰りで帰られる方もおられ、馴染みの関係が長く続くよう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	共にできるような活動の支援をしている。またレクリエーションの中では職員が間に入り、入居者同士のコミュニケーションが図れるよう努めている。		

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
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	必要に応じて本人・家族への連絡を取っており、次サービスへのスムーズな移行を心がけている。		
<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	生活歴やアセスメント情報の中から、本人の思い、家族の気持ちを反映できるように検討している。また、意思表示が困難な場合は表情の観察を行い、一つ一つのケアを大事にしている。	日々の会話や個別対応時(ドライブ、買い物、病院受診の際)等で聞く事があり、帰宅願望や食べ物等の想いが出る。表出困難な方には生活歴や選択史を出し、その時の表情、行動等から把握している。個々の想いに対しては可能な限り対応する様取り組まれている。	
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	アセスメントに時間をかけ、日々の生活支援につなげられるようにしている。		
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	定期的にあセスメントを取り直しており、現状の把握、変更の必要性を検討している。		
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	サービス担当者会議やケアカンファレンスの中で、それぞれの意見を出し合って介護計画に反映させている。また3か月毎のモニタリングでは家族への聞き取りも行い、医師からの指示も仰いでいる。	モニタリングや日々のケアから課題やニーズについてケアカンファレンスで職員間で話し合い、家族の要望、職員の意見等を基に担当者会議で検討し、本人本位の柔軟な計画を作成している。モニタリングは3ヶ月、見直しは3ヶ月～6ヶ月毎にされている。	
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	日々の様子や気づきなどは介護日誌に記録する他、終礼や申し送りノートにて職員間で共有している。		
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	法人内にはさまざまなサービスがあり、トータルサポートと呼んでいる。その研修を行い、またグループホームのサービス内容についての詳しい勉強会を行っている。		

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
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	地域の行事に積極的に参加しており、地域資源を活用できていると考えている。		
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	協力医療機関との連携を図っており、個々の望むかかりつけ医での医療が受けられるよう支援している。 また、診療内容を家族へ報告し、状態の把握にも努めている。	協力医療機関からの往診が月2回、訪問歯科支援もある。他科については基本家族対応であるが要望で柔軟に通院支援されている。主治医との連携が密にできている為、夜間、緊急時も24時間対応できる体制が整っていると共に看護師が複数いる為医療面は安心である。家族への結果等も適切に報告し共有されている。	
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	管理者が看護師であり、介護職との連携も取れている。また併設する事業所の看護師の出入りもあり、常に報告、相談できる環境である。		
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。	入院時には看護師が同行し、病院側へ適切な情報を提供している。度々見舞いに行き、病院関係者とのなじみの関係作りができています。		
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	重度化における指針を作り、早い段階から本人・家族への説明を行っている。重度化した場合でも、今後予測されることについての説明をし、確認書を取っている。	利用開始時、重度化や終末期に関する指針を基に説明され理解が得られている。医師との連携も築かれていると共に看護師が常駐している為、介護だけではなく看護も適切に行う事ができる体制が構築され、家族の要望に沿った支援に取り組まれている。ターミナルケアの研修もされている。体験も数例されている。	
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	研修・勉強会を行い、実践に向けてスキルアップを図っている。管理者が近隣ということもあり、緊急時には駆けつけられる体制をとっている。		
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	年に2度、運営推進会議の中で訓練を行っている。また地域の災害避難訓練にも参加し、地域住民との協力体制を築いている。年に一度、消防署主催の消防大会にも参加している。	消防署指導の下、年2回、通報、消火、避難誘導の訓練を実施している。運営推進会議の中で行い、参加者の意見等も多く得られると共に協力体制も築かれた。地域の防災訓練にも参加し実践力に繋げている。又、大会にも参加している。地震対策の訓練もされた。	

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	接遇に対しての研修を行っており、特に経験の浅い職員には個別指導に当たっている。また、職員間でも注意しあえる関係づくりに努めている。	人権を傷つけない声かけ、言葉遣い、自分がされて嫌なことはしないと言う事を常に周知している。法人全体の研修会に参加すると共に内部研修も行い、個々の尊厳を大切に支援を心掛ける様取り組まれている。	
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	日常生活の会話の中で、利用者の思いはくみ取るようにしている。意思表示の困難な方には表情の観察をしっかりと行い、意思の疎通に努めている。		
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	利用者の意向に沿ってその日の行動を決められるよう心掛けているが、入浴など職員の手がいる場合は都合を優先してしまいがちなので反省すべき点である。		
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	起床時には洗面台にて整容をし、衣類などは本人に聞いて選ぶようにしている。		
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	給食の為、食事作りはできていないが、盛り付けや配膳などではできるだけ協力してもらえている。また、食器拭きは日課としており自分の役割として捉えておられる利用者もおられる。	利用者の身体状況に合わせた食事形態でその人のペースに合わせ、急がさず、ゆっくりと食べてもらっている。栄養バランスにも配慮され、食をそる盛り付けで楽しみとなる献立となっている。配膳や食器拭き等役割として積極的に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	利用者の体調、嚥下状態に合わせた食事を提供している。毎日、食事量、水分量は確認しているので異常の早期発見に努めている。		
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	毎食後、口腔ケアをしており、経口摂取不可の方は清拭をしてくる。協力歯科の往診もあり、定期的な検査を行っている。		

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
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	自力ではトイレに行かれない方は、定期的にトイレ誘導を行っており、オムツは極力使用しないようにしている。排泄の記録をとっており、便秘などには早急に対応している。	日中は個々のパターンでトイレ誘導され、生活習慣を活かす事と機能維持にも繋がられている。排便チェックも行い不穏にならない支援もされている。自立の方もおられる。	
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	排泄状況を記録しており、対応している。牛乳やヨーグルトなど、本人が好んでいた飲食物にて排泄を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	リフト浴、特浴の入居者がほとんどであるため、週に何回といった入浴支援であるが、時間、湯温などはできるだけ利用者の好みに合わせている。	週3回の対応となっている。時間帯や湯温、順番等は希望に沿った支援をされている。リフト浴、特浴の利用者が数名おられ週2回の入浴体制、また、拒否の方にはタイミングや声かけ、対応者を変える等工夫をし、週2回は入浴できる様取り組まれ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	一人一人の生活歴を聞き取り、昼寝のタイミングなどを図っている。また、寝具は入居者馴染みの物を持参してもらえるようにしている。		
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	薬は全て事業所管理となっている。個人別に分けて保管しており、個人ファイルには必ず服薬内容が明記してある。また薬剤師と連携がとれており、症状の変化などの情報共有してある。		
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	生活歴の中で役割、嗜好品を聞き取っており喜びを感じてもらおう努力をしている。		
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	家族支援が得られる方には外出協力をお願いしているが、地域の人々の協力は要請できておらず、職員で担っている。	地域行事に参加すると共に近隣へお花見に行かれたり、散歩は日常的に出かけられ、気分転換や五感刺激に繋げている。家族に協力してもらい家族と出かけられる事もある。以前より介護度も上がり外出が困難な方が多くなってきているが事業所周辺に出られ外気に触れる機会を多く持つよう努めている。	



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	入居者個人での管理は対象者がいないため、本人が使ってはいないが、移動スーパーでの買い物は欲しいものが買えるよう支援してる。		
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	家族への許可が得られれば、電話ができるように支援している。また年賀状などは本人へ渡し、代読などしている。		
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	玄関へは常に季節の花を飾るなど配慮している。台所、今には季節行事の提示物をするようにしている。 照明は明るすぎず、自然の明かりが入るようにしている。	玄関には季節が感じられる装飾品もあり、理念も掲げられている。各ユニット[1階,2階)のリビングから居室に続く同線は死角もなく、畳スペースには大きな御雛人形が置かれ、その時の季節が感じられる。大きな窓からは広い田んぼも見られ、時々作業で懐かしさを感じる事ができる。不快な匂いもなく清潔に保たれ、明るい陽射しも入り居心地良い共有の場である。	
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	テーブルの配置を工夫しており、気の合う方同士でお話ができる空間作りに努めている。		
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	ベッド以外は本人の馴染みあるものを持参して頂ている。また、布団を希望される方には畳の部屋を用意してる。	テレビ、写真、タンス、収納ケース、寝具等馴染みの物が持ち込まれ、自宅に近い環境の工夫がされている。時計も置かれ、時の認識に繋がられている。造花の御花も飾られ、その人らしさが感じられる。	
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	トイレや入浴場はわかりやすい看板を掲げて、入居者が自由に出入りできるようにしている		

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			○	②家族の2/3くらい
			③利用者の1/3くらい				③家族の1/3くらい
			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少しづつ増えている
			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				

(別紙4(2))

事業所名: グループホームゆうゆう金丸

## 目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 21 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	33	重度化における医療を必要とする入居者が多いため、看護職員に対する負担が大きい。	吸たん、経管栄養への対応は資格取得者が行う。	現在、資格取得の為の研修中である。資格取得後、対応できる勤務体制をつくる。	1年
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。