

自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 30 年 4 月 3 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3490200361		
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 えんじゅ井口		
所在地	広島市西区井口五丁目6番2号		
	電話番号	082-278-0151	
自己評価作成日	平成 30年 2月 26日	評価結果市町村受理日	平成 30年 4月 5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 14 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)】

「自ら受けたいと思う医療と福祉の創造」の理念のもと、入居者様がいきいきと生活していただくためできることは自分でしていただき、一人でできないことは、声掛けや職員と一緒にしていただくようにしています。日々の生活の中で、入居者様の思いや願い 今までどのような生活をされていたのかを、職員全員が理解し、毎日の会話が笑顔のあるものになるよう、毎月の全体ミーティング 各ユニットミーティング 研修によりチームでの支援ができるように取り組んでいます。地域の方とふれあう機会をもつていただけるように、えんじゅ前の菜園で季節の花や野菜を育てています。またお茶会もしたりしていると、地域の方から声をかけていただいています。かみしばい フラダンス 手品等ボランティアの方もよくこられます。誕生日は誕生日の日にお祝いをしています。皆さんからお祝いを受け大変喜ばれ、他の方も私の誕生日はいつと、楽しみにされています。入居者様のその時々々の状態については、毎月「おたより」にて、介護職からは日々の生活・看護師からは、健康 医療面よりお知らせしています。平素の生活がわかる写真もお届けしています。時々々の状態変化については、電話や面会時にお話し、ご家族様の不安なこと、お気持ち等聞きご家族様と一緒に支援しています。

【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)】

閑静な住宅地にあり、近くには公園やショッピングセンターがある。利便性も良い。玄関前の菜園には季節の野菜が植えられ、収穫した野菜は食卓に並らぶと言う家庭的な雰囲気である。地域との交流も多種多様な地域ボランティアの方や高校生、地域の女性会の方などの訪問があり、利用者も馴染みになると共に楽しみとなっている。また、ケアに関しては企業理念、法人目標、独自の理念、個人目標を基に全職員がブレのない統一した支援を心掛けられ、利用者が其の地で其の人らしく、今までの生活歴を活かし、出来る事は職員と共に行い、張りのある生活に繋がられていると共に常に寄り添い、思いに耳を傾け、「出会ったことを大切に笑顔で自分らしく集える場」という、コンセプトに沿ったケアを心掛けられ笑顔で安心、安全に一日を大切に過ごしてもらえるよう取り組まれている。医療面に於いても24時間体制が構築されている。口腔ケアも定期的に行い嚙める力を大切にした取り組みもしている。また、日ごろの様子や健康状態、職員の一言を添え、えんじゅ井口便りを定期的に家族に送付し状況把握してもらっている。年1回満足度アンケートも実施し、結果報告や改善策などを報告され、サービス向上に活かし介護技術も高く、家族や地域の協力を得ながら三者で利用者を支えられている。今では信頼度も高く、地域に開かれた事業所となっている。

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
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	湖山医療福祉グループの「理念」や「職員行動指針」、ひがしの会「事業方針」に基づいたえんじゅ井口としての目標を職員全員で立て個人の業務目標として目標設定 実施評価により理念の達成度を検証している。	企業理念、法人目標を基に独自の目標を立てると共に個人目標も立てられ、日々目標や理念を念頭に置き実践に繋げている。個人目標は、上期、下期で管理者と共に評価し、達成に向け取り組まれている。	
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	町内会に入会し、町内清掃に参加したり地域の方々との接点が多くなるように近所のスーパーで買い物をするを心がけている。ボランティアとして婦人会の方が来訪していただいている。	町内の清掃活動に利用者と共に参加したり、地域のお祭りには御神輿が事業所の前まで来られるので、お茶やお菓子の接待をされる。また、婦人会の方や高校生、ボランティアの方々の訪問も多くある。散歩時や玄関前の畑に出ると地域の方と気軽に会話する等顔見知りの関係ができて色々な方との交流に繋がっている。	
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	西区認知症サポートについて、「わが町の認知症ケアの輪」研修会では、グループホームからみた 気づき等についてはなし、認知症の理解を共有した。		
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ヶ月に一度開催実施している。利用者家族様・地域包括・民生委員等参加している。事業所現況報告・利用者様の日常の様子・行事報告など意見交換の場となりサービス向上につなげている。	家族をはじめ、民生委員、包括支援センター等の参加の下、現状や取り組み状況等を多岐にわたり報告し、意見交換の場とし、意見を得、サービスに活かしている。日々の状況は写真を見てもらう事で把握してもらっている。議題を決めたり、勉強会(薬剤による)となる事もある。行政には毎回議事録を送付している。	
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	市町村主催の研修会等参加し、わからないこと等問い合わせ確認している。運営推進会議では、地域包括をつうじて、ケアサービスの取り組みについて、直に助言をいただいている。	運営推進会議の議事録を送付し実情を把握してもらっている。認知症ケアネット会議の中で地域の認知症について、グループホームが考える現状についてをホーム長が講師として話されている。又、疑問点等があればその都度相談されアドバイスを得、協力関係を築くよう努めている。	
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	身体拘束は行っていない。日中は玄関を施錠せず自由に居室・リビングを行き来されている。研修等を通じて「身体拘束はしない」を理解しケアの中で身体拘束することなく楽しく生活していただけるようにしている。	基本拘束はしない方針である。現時点ではしなければいけない人はいない。不穏になる方には声かけで気分を変えてもらったり見守りで対応し抑圧せず自由に生活できるよう取り組まれている。研修もされ、全職員理解されている。	
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	事業所内、法人内の研修で虐待防止について学ぶ機会を設け、職員一人一人が虐待防止への意識を深めている。		

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	日常生活自立支援事業を利用して見える入居者様は現在はいません。成年後見制度を利用されている方は1名みえる。その方にあった制度があることを、理解し必要とされている方が利用できるように研修を実施している。		
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	契約書・重要事項説明書を入居者様 ご家族様にゆっくりと時間をかけて説明し不安や疑問点について伺いご理解をいただけるように説明している。解約または改定等の際もその都度書面にて説明、了承をいただいている。		
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	満足度調査アンケートを実施し、集計後にフィードバックしている。またケアプラン更新時、面会時等に随時意見を伺っている。	訪問時や月1回お便りを送付し日々の状況を把握してもらい、意見や要望があれば気軽に伝えてもらえるよう働きかけもしている。年1回満足度アンケートを実施し、結果や改善等については家族に報告されている。運営推進会議でも報告している。それぞれの場での意見や要望は個々に対応すると共に反映もさせている。	
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	全体ミーティング・フロアミーティング(月1回)を開き疑問点や改善点を話し合い共有している。ミーティング以外でも気づいたことがある時管理者に提案できる環境づくりをして、早期に話し合い 反映させている。	ユニット会議や全体ミーティング等で意見や提案が出やすい環境づくりをしている。又、日々気付きがあればリーダーや管理者に気軽に言える雰囲気である。それぞれの会議等で出た意見は検討しヒートバックさせると共に反映もさせている。個人面談の機会もある。	
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	グループ・法人・事業所の方針に基づき個人目標を設定しその達成状況等を評価するなどしてやりがいを持っていただき努力の向上を図っている。		
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	入職時の研修やOJTを実施している。また事業所内研修会、法人内研修会、外部研修会への参加を促し勤務調整をするなどして資質の向上に努めている。		
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	法人内での研修 勉強会等を通じて、交流がはかられている。今年度はチャレンジ交流をすることで、自施設運営を振り返りましよう を目的に実施。自施設を振り返ることができた。		

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
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	入居前に管理者 計画作成者 フロアリーダーが訪問し関係作りを開始している。本人様が不安に思ってみえること、不安なこと等情報を共有しひとつずつ不安がなくなるように家族様と情報共有しながら全職員で関係作りをしている。		
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	入居希望される段階で施設内を見学していただき一日の生活・運営方針など説明しご家族様が不安に思われている事、要望など真摯にお答えしている。家族様が話しやすい関係を構築に努めている。		
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	入居前の事前面談で、ご本人様やご家族様としっかり話をする時間を設定し安心して利用していただけ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	年長者として敬う接遇を重視し、時にはさまざまな事を教えて頂くこともある。ご本人様ができることはお願いし助け合い毎日の生活ができています		
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	入居者様の体調や様子を細かくお伝えし、ご家族様と一緒に入居者様が一番安心して生活されるように相談・模索しながらケアの方向性をきめています。		
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	月に1回、写真付きのお便り(様子、健康状態、行事等)を送り、遠方のご家族様にも近況をお伝えしている。面会に来られた際は話やすい雰囲気を作って次回の面会につなげるようにしている。	家族や親戚、友人等の訪問が多く、お正月には自宅に日帰りされる方もいる。又、自宅に帰りたと言う帰宅願望の方には家族に相談し対応している。また、馴染みの病院に行く事で出会う機会もあり、できるだけ馴染みの関係が途切れない支援に努めている。	
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	リビングでの入居者様同士の会話等から関係性を把握し、必要に鑑み1人で仲介しながら楽しく生活ができるように努めている。入居者様同士が屈託なく井戸端会議ができるように関わり合う関係を支援している。		

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	他施設や病院等に入院する際など、ご家族様の相談を受けたり他施設への情報提供をしている。退去後も近況について、ご家族様より連絡が入る。		
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	ケアプラン更新時はもちろん、毎日の生活の中でスタッフが聞いたり感じたりしたことをカンファレンス等で共有している。今までの生活環境を含めてその人らしい生活ができるように検討している。	日々の会話や生活歴から推察したり、個別対応時(入浴、排せつ、居室等)に何気ない会話から汲み取ることもある。表出困難な方には問いかけから、その時の表情、行動で把握し、個々の思いは職員間で共有し、可能な限り対応する様努めている。	
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	入居前の情報収集時にその方の生活歴やなじみ暮らし方を把握し全職員で共有している。入居後も生活場面やご家族様との会話から把握し職員間で共有している。		
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	毎日のケアの中でスタッフは状況把握に努め個人記録への記載やミーティングやカンファレンスで情報共有を図っている。心身の状況変化があれば対応できるようにしている		
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	項目25で共有した情報やその人らしい生活等を踏まえて本人様 家族様 職員等にてカンファレンスを開催しケアプランの作成をしている。ケアプランの実施状況を毎日確認している。		
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	個人記録やケアプランチェック表を使いミーティングやカンファレンスで情報共有や実践への活用を図っている。		
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	その都度生まれるニーズに対して、可能な限り対応できるように関係機関とも調整してサービスの多機能に努めている。		

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
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	地域のボランティアさんに来訪していただき楽しい生活ができるように努めている。		
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	家族様が主治医を選択されている。入居前からのドクターに受診されてみえる入居者様もみえる。毎週1回内科医 歯科医往診があり、指示や薬の変更など職員間で共有し必要な場合は家族様にも都度報告している。	利用開始時、希望を聞き、以前からのかかりつけ医の方もいる。殆どの方が協力医療機関となっている。内科、歯科の往診支援があり、非常勤であるが看護師もいる。又、緊急時の対応も出来る体制となっていて安心である。他科については家族対応となっている。結果等についても報告し共有している。	
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	朝礼にて、状態変化について情報や気づきの共有、介護職から看護への医療的相談等活発に実施。また介護→看護→医師への情報の流れも確立している。		
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。	入院時には安心して治療できるように、退院時には退院後の生活がスムーズにできるように病院関係者と情報交換や相談している。		
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	終末期について法人共通の指針に基づき行っている。重度化や終末期に向けてご本人・家族様と協議し、重度化 終末期 状態の著しい変化についてはご家族様 主治医 看護師 職員と今後について話合っ対応している。	利用開始時指針を基に説明され理解が得られている。状況が変化した場合は、医師から家族に説明され、家族の想いを基に主治医、職員等で密に話し合い、家族の要望に沿った対応で、方針を共有しチームで支援に取り組まれている。以前、病院搬送直前まで対応された経緯がある。協力医療機関との連携も構築されている。	
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	救命講習受講 研修を受けるなどして急変時の実践対応につなげている。		
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	災害時マニュアルがある。 火災時を想定した避難訓練を年2回以上実施し、消防署の指導を仰いでいる。	年3回、消防署指導の下、夜間、日中を想定し、通報、消火、避難誘導等の訓練を実施すると共に、防災(津波等)に対するの炊き出しや土嚢積みの訓練もされている。地域の方(民生委員、町内会長)などの参加も得られ、協力体制強化に努めている。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
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	尊厳の保持を念頭に置いた言葉かけや対応をしている。人生の先輩として敬い、ケアをすることをこころがけ、接遇に対しての意識強化に努めている。	尊敬の念を持って支援する様周知徹底している。馴れ合いになっても節度ある対応ができていくかその都度確認し、気づいた時には注意され、プライバシー確保に努めている。研修もされている。	
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	ご本人様の希望や思いを自由に話したりできる環境作りをこころがけ、コミュニケーションを図っている。思いや希望を職員全員で共有しその実現に向けて自己決定ができるよう言葉かけ 環境づくりに努めている。		
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	飲み物を自分で選んで飲んでいただくようにするなど、可能なかぎり一人ひとりの希望に沿った生活ができるように支援している。		
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	2ヶ月に一度訪問利用がはいってご自分の希望する、パーマ カラー カットを美容師さんに直に伝えてできるように支援している。日常の服装はご本人に選んで頂くように支援している。		
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	嗜好調査を実施し、好みの把握をしている。配膳 盛り付け 味付けなど利用者が準備していただけるように支援している。食後は下膳、食器洗い 食器ふきなどできることを率先してやれるように支援している。	身体状況にあわせた食事形態で管理栄養士の管理の下栄養バランスに配慮され、食べやすく、食をそる盛り付けとなっている。生活歴を活かし出来る事(盛り付け下膳、食器洗い等)はしてもらい張りのある生活に繋げている。期間を定め食事内容を廊下に貼られ訪問された方誰もが把握できるようにされている。。	
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	献立作成時管理栄養士が栄養バランスをチェックし、水分量については看護師と連携を図り、一日1500CC摂取できるように分散して提供したり水分を形を変えてゼリーにて提供している。		
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	月2回訪問歯科が入り口腔内の状態確認 口腔ケアを実施し、口腔衛生の大切さなど指導をうけている。毎食後入居者様の状態に合わせて口腔ケア 声かけ 介助を行っている。		

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	一人ひとりの排せつパターンや状態に応じて排せつの自立にむけてカンファレンスを行い支援している。基本的には布パンツで過ごしていただけるようになれるよう支援している。	個々の時間帯で誘導され、トイレでの排泄に努め、立位、座位をする事で機能維持と生活習慣を活かす支援を心掛け、出来るだけ布パンツで過ごしてもらえる様取り組まれている。又、トイレまで歩いてもらう事で生活リハビリにも繋がられる。自立の方もいる。	
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	ヨーグルト等乳酸菌を積極的に摂取している。野菜をたくさん摂取出来る様に献立に気をつけている。食事以外には毎日体操をしたりと動きのある生活を心掛け、薬だけに頼らない便秘予防に努めている。		
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	入浴の時間帯は午後と決まっているが、可能な限り一人ひとりに合わせた入浴方法、習慣にあわせた入浴を提供している。お湯は毎回替えている。	週2回午後と決められているが、その人の状況に応じ午前、寝る前、夕食後等、柔軟な支援に努め、入浴が楽しめる様取り組まれている。拒否の場合は理由を知り、担当者を変えたり、工夫をしながら清潔保持に努めている。一人ひとりお湯は替えている。	
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	日中でも「休息したい」と言われれば居室にて休息をとっていただいている。居室の室温湿度等に注意し気持ちよく睡眠がとれるよう環境整備している。		
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	看護師を含めて「医療係」というものを設定し服薬一覧表を作成・更新している。また薬剤師による「薬についての勉強会」も実施している。		
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	生活歴や家族様からのお話 本人様からのお話等から情報を収集し歌 折り紙 料理 土いじりなど趣味活動もできるように支援している。		
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	その日ごとの希望に沿うところまではいかないが、毎日の買い物同行 天気の良い日は散歩にいたり花壇の花に水をやったりと楽しんでいただいている。入居者様の行きたい場所を会話の中から把握しレク担当日勤者や家族様と外出できるよう支援している。	四季の外出、御花見やバラ園に行かれたり、買い物、また、ピクニックに行く事もある。天気の良い日には散歩に出かけ外気に触れる機会も持たれている。4月に年間行事を決められるが、御花見は来月(4月)佐伯の運動公園に行かれる予定である。外出の機会を多く持ち、楽しみごと、気分転換、五感刺激となる支援に努めている。	

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
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	施設へのお金の持ち込みはご遠慮してもらっているが、買いたいものがある時は立て替え購入に対応している。		
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	友人から毎月はがきがくる入居者様は毎月返事をだされている。携帯で家族と自由に話していただいたり、自由にしていただきながら、手紙のやりとりが長く続くように言葉かけをしている。		
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	共用の空間を入居者様が快適に過ごしていただけるために温度 湿度 音 明るさ等に配慮し生活しやすい環境を提供している。季節にあった置物を飾ったりして居心地の良い空間作りに努めている。	玄関には御花や季節が感じられる装飾品もある。階段の壁面には行事や毎月の食事内容の写真がある。また、リビングも広く、テラスもあり、ソファも置かれ、ゆっくりと寛げるスペースとなっている。不快な匂いや室温にも配慮され明るく快適に過ごせる共有空間となっている。	
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	セミパブリックスペース的なソファもあり入居者様個々人が自由に過ごせる居場所がある。		
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	「入居時に使いたくしたものを持参してください」とお話をさせていただいている。居室にはご家族様との写真など自由に飾っていただいている。	テレビや家族写真があり、自分で編まれた洋服、帽子、カバン、エプロンなどを着せてあげたお人形が沢山飾られている。又、家族が毎週持って来られるお花が居室入口に生けられ、自宅に近い環境づくりで落ち着いて過ごせるよう工夫されている。	
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	リビングは広くとってあり、各居室が回りにある設計となっているため安全に移動できる。職員が入居者様の様子を容易にみることができる。椅子 ベッドも安全に立ち居できるようになっている。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

1F

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 えんじゅ井口

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 4 月 5 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	3	地域包括、民生委員の方は毎回参加頂いているが、家族様一人、二人、一人も出席されない月もある。	毎月2人以上の出席。	運営推進会議の案内を毎月送付する。個別に出席依頼をする。	通年
2	13	施設内研修を毎月1回実施。講師を施設内職員主導とし、自分で考え取り組む姿勢を大切にする。	毎月、1回の施設内研修。施設内職員による研修。	4月に1年間の研修計画作成。担当者の設定。研修後に、良かった点、改善点、提出。	通年
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。