

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 2年 9月 8日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200312		
法人名	特定非営利活動法人 もちもちの木		
事業所名	グループホーム 古田のおうち		
所在地	広島市西区古江新町8-32 (電話) 082-272-2701		
自己評価作成日	2020年8月15日	評価結果市町受理日	

※ 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URL	https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=3490200312-00&ServiceCd=320&Type=search
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人 FOOT&WORK
所在地	広島県安芸郡海田町堀川町 1番8号
訪問調査日	令和 2年 9月 8日 (火)

【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）】

法人理念「～優しい心～迷ったり探さぬようにそばにいるよ」に沿って、事業所理念として「ありのままのあなたを受け止め、そっと寄り添う」を実践している。
建物は、大きな倉庫をリノベーションし、高い天井が開放感のある施設である。施設の中心には大きなキッチンも配置し、生活感あふれる雰囲気を出している。食事は、入居者が楽しく美味しく食べられるよう全て手作りにこだわって提供している。

【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）】

グループホーム古田のおうちは、元倉庫だった建物を利用しており、吹き抜けで開放感があり、ゆったりと居心地よく過ごせるよう工夫されている。併設でデイサービスと地域交流広場があり、地域の方との交流も盛んである。利用者のお一人おひとりの人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割をもって家庭的な環境の下で、日常生活が出来るよう配慮し、安心して安らぎを与える事を信条としており、法人理念でもある「優しい心 迷ったり探さぬよう そばにいるよ」を職員全員が心掛けている。理事長は、サイボウズで職員と意見交換をする等、皆の意見や提案を運営に反映させている。町内会・地区社協・地域包括等、連携して地域の活性化の為にも一役を担っている。

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
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。	「やさしい心迷ったり探さぬようそばにいるよ」の理念に沿って、その方の背景、生活歴、現在の状況を踏まえてその人らしく居られる場所づくりを実践している。	ホーム開設時に思いを形にして作られた法人理念である「優しい心 迷ったり探さぬよう そばにいるよ」を職員全員が、心掛け、毎月のミーティング・会議においても理念に沿っているかを読み合わせをしたり、確認して実践に繋げている。	
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、事業所自身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、町内会費の納入やお祭りがあれば寄付等で参画している。	気候の良い日には、近隣のスーパーや散歩に出掛け、近所の方と挨拶を交わしている。社協との交流も盛んで、お互い協力し合う関係で、管理者は、公民館での認知症サポーター養成講座等、講師として派遣され、地域とも交流している。	
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。	地域包括の活動を通して、認知症の専門知識をもった職員が啓発活動等に協力している。		
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。	偶数月の第3水曜日を定例としている。今年度、コロナ感染対策のため、書面での情報提供及び意見をいただいた。	運営推進会議の構成員として、町内会長・地区社協会長・副会長・福祉推進委員・社協事務局長・民生委員・地域包括支援センター職員・理事長・管理者等が参加して、開催していたが、今年度は、コロナ禍においては、書面等で、意見交換を行い事業所運営に役立てている。	現在、コロナ禍においては、運営推進会議を開催されることは、難しいと思われませんが、小規模での開催をし、それを書面による報告とされるよう希望します。
5	4	○市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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に取組んでいる。	運営推進会議の案内を送付した。生活保護課との連携等を行った。広島市地域包括ケア推進課との連携により、新しい認知症カフェの開催や、感染対策を行ったうえでの認知症啓発活動に協力している。	市担当者とは、利用者の利用状況を伝えたり、書類の提出をしている。介護保険課の要請で、医療従事者への認知症サポーター研修を行い、協力関係を築いている。	
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。	採用時、または、現任研修で学習の機会を設け、本人の思いや行動を制限しないように取り組んでいる。	2ヶ月に1回、身体的拘束適正化検討委員会を行い、スタッフと共に身体拘束する事の弊害等について話し合い(身体拘束等の排除の理念及び方針等)正しく理解してもらおう取り組んでいる。	
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。	採用時、または、現任研修で学習の機会を設け、虐待の防止を徹底している。また、毎日の申し送り等で職員が話し合い未然に防ぐよう努めている。		

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
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。	法人の「もちもちの木テキスト」を活用し、基本的人権の尊重及びノーマライゼーションの理解を深めるよう努めている。		
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。	契約前には、重要事項説明書により、事業所の運営状況、経費、または介護方針等の説明を十分に行い、入居者・家族が納得された上で、契約の締結を行っている。		
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。	今年度は、コロナ対策のため、法人の定例総会はオンライン開催とし、家族との情報交換にはLINE電話を活用してご意見を伺っている。	今年度は、コロナ感染予防の為、面会が制限されている為、利用者と家族は、LINE電話で、海外に居られる家族とも繋がりが、喜ばれている。利用者の家族一人ひとりには、月に1回、広報紙を発行し近況等、説明している。	
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。	毎月第一金曜日を事業所MTGとし法人全体の情報を共有している。また、スタッフからの意見は管理者会議等で報告、改善を図っている。	月1回、ミーティング時に意見を聞いたり、日頃はサイボウズで、意見交換等をしている。管理者も意見の出しやすい職場環境作りに努めている。	
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。	法人独自の評価制度を策定し、個々の介護技術の能力を把握している。就労環境については、総務と連携し、状況や意欲向上を目指す整備を行っている。		
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。	法人全体の年間研修計画を実施していくと共に、各個人が目標を設定し成長を図っている。		
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。	市域連携協議会、全国連絡会等、同業者の勉強の機会に参画する機会を設けている。		

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
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。	初回面接時より、安心していただけるよう、本人の言葉に耳を傾け、安心できる居場所を共に作り上げるよう努めている。		
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。	入居申し込み時より、困りごとをやか心配ごとを真摯に受け止め信頼関係を構築している。		
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。	入居申し込みから、適切な時期に対応できるよう担当ケアマネとの連携を図り、他サービス利用の相談にも応じる。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	入居者が世話をされるだけの存在ではなく、共生する中で役割をもってもらうように努めている。		
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。	家族が後ろめたい気持ちにならないよう、一緒に考え、本人らしい暮らしの支援ができるように情報交換している。		
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。	かかりつけ医との関わりは出来るだけ継続し、本人が地域での活動を継続できるよう計画している。(コロナ感染対策で実施は出来ていない)	昔馴染みの同僚や入居前からの移動支援を利用しておられたの継続の支援を行ったりして、馴染みの人との関係が途切れないように支援している。	
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。	食堂、洗面所、中庭などの共有スペースでは、お互い様の関係を仲介し支え合うように見守り、他者との適当な距離感を図っている。		
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。	担当ケアマネ、病院ソーシャルワーカーやサービス提供事業者にも、適時、ニュースレターや情報を提供している。		

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
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	○思いやりや意向の把握 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。	本人の意向はケアプラン第1表に記載し、個別援助計画にも盛り込むようにしている。	利用者とコミュニケーションを取る中で、それぞれの思いや意向の把握に努めている。意思の表出が難しい利用者は、日々の生活の様子を観察し、望んでいることを理解するよう努めている。(生きがいを見つける・巻きずし作り等)	
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。	入居前にご家族やサービス提供者からの情報を収集しそれまでの暮らしや環境を把握している。		
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。	入居前の情報や面談により収集した情報をアセスメントシートに記入し、ICFの視点で課題整理を行っている。		
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。	入居前に収集した情報を職員と共有することで、サービス内容の意見交換を行い、現状でできる計画を作成する。	介護計画は、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族の思いや意向をくみ取れる意見を出し合い作成している。6ヶ月毎に見直しを行い、利用者の状態の変化が起きた場合は、随時介護計画を作成している。	介護計画を作成するにあたり、お一人おひとりの課題やケアのあり方を現状に即した介護計画になるようチームで作成されるよう希望します。
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。	個別記録(経過記録、健康記録、排泄記録など)を共有し、カンファレンスにおいて分析し介護計画を見直している。		
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。	回復期から継続期においては、自立を促す支援や声かけを行い、終末期になれば、すぐ近くで寄り添える体制を整えている。		
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。	コロナ感染対策により、地域活動のほとんどが中止され交流ができなくなっている。		
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、今までのかかりつけ医を受診又は往診できるかどうかの確認を行い出来るだけ、本人が希望する適切な医療が受けられる支援をしている。	利用者それぞれの医療機関や協力医療機関をかかりつけ医としている。かかりつけ医の往診は、2週間に1回の方と1週間に1回の方が居られる。訪問歯科は、週1回。それ以外の他科の受診は、家族の協力を得て支援している。	

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
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。	日々の身体ケア(入浴・排泄・食事など)から本人の身体の変化を察知し、必要に応じて看護師に報告または相談を行っている。		
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。	入院先には、日常の様子を報告し適切な治療が受けられるよう連携を行う。また、日頃から、病院関係者との情報交換や関係づくりに努めている。		
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。	入居契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」を家族に説明し同意を得ている。医師からの説明により関係者が同意の上、看取りも可能であることを伝えている。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」事業所で出来る対応について家族に説明している。家族の要望があれば「終末期の対応と看取りについて」説明し、看取りを行っている。重度化した場合は、家族や主治医・管理者等で話し合い、方針を決めて共有し、チームで支援に取り組んでいる。	
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。	日常の健康状態を把握し、体調の変化を早期に察知できるよう学習している。看護師を含めたカンファレンスでは予測できる変化も学んでいる。		
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。	火災については、年2回(1回は夜間想定)の消防訓練を実施している。地震や風水害については、ハザードマップ等を活用した研修機会を設け意識向上に努めている。	年2回、避難訓練(夜間想定等)を行っている。地震や風水害時の避難場所の確認も行った。屋間に於いては、地域の方の協力体制もお願している。	
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。	法人テキストからの学びを実践し、基本的人権の尊重を根底に丁寧な対応に努めている。	年1回は、研修を行い、人格を尊重し、誇りやプライバシーを損なわない言葉かけや対応・スピーチロックについても話し合いを行っている。	
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。	毎日の表情や仕草からも、本人の言葉をくみとるように努め、言葉にならなくても、引き出せるように働きかけている。		
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し、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。	朝の申し送りや、前日にどのように過ごしたかを確認し、本人の関わり方を検討している。入浴、外出など本人の希望を優先するようにしている。		

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
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。	更衣を行う際は、本人の選択を促し、一緒にコーディネートを考えるようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立の段階から、希望を聞きながら、調理中の香りや音もケアの一環と考えている。興味関心のある方を中心に共に楽しく食事ができるよう支援している。	朝、昼、夕、3食職員の手作りで、利用者にメニューの希望を聞きながらスーパーに買い物に出掛けている。材料のカットや盛り付け、配膳、食器洗い等を出来る人は、職員と一緒にしている。時には、たこ焼きやおやき等を一緒に作る事もある。職員も共に食卓を囲み、一緒に同じものを食べ、会話も弾む。	
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。	毎日の摂取量や感想、評価など情報を共有し、一人ひとりが間食できる工夫をしている。		
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に、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、口腔内の清潔を個別に促し、介助が必要な方にはスタッフが一緒に行っている。また、定期的に歯科医による清潔の確認や義歯の点検を受けるようにしている。		
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。	毎日、排泄リズムをホワイトボードで見える化し、適切なトイレ誘導ができるようにしている。	トイレでの排泄を基本とし支援を行っている。排泄表をホワイトボードで共有する事で、分かりやすくトイレ誘導の声掛けを行っている。	
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。	運動、食事、タイミングなど自然排便が出来るように観察している。それでも難しい場合は看護師の指導により、下剤、坐剤等に対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本の入浴日は設定しているが、朝の申し送り時に体調や気分を考慮し、変更調整を行っている。一人ひとりの機能に応じてシャワーか浴槽を使うかも随時検討している。	入浴は、基本週2回以上としており、本人の希望で、毎日の方も居られる。状態に応じて、シャワー浴・足浴・清拭で、対応している。旧型の浴槽なので、利用者の機能低下の為、リフト等を検討中である。	
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。	自室でゆっくり過ごされる方、ソファで休まれる方、マッサージを利用される方などそれぞれが休息できる方法を提案している。		
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。	主治医の指示の下、適切に服薬できるように支援している。9月度からは、薬剤療養管理指導を受け、さらに専門的な指導を受けることができる。		

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
48		<p>○役割、楽しみごとの支援</p> <p>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。</p>	<p>仕事をしたい方、趣味に没頭したい方、それぞれの過ごし方を継続できるように支援している。</p>	/	
49	18	<p>○日常的な外出支援</p> <p>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。</p>	<p>コロナ禍の中、思ったところに外出が出来ていない。しかし、屋外で新鮮な空気を吸う機会をつくるように努めている。また、この先、どこに行きたいかという希望などは話し合い気持ちを前向きにしている。</p>	<p>コロナ禍の折、外出は、難しいが、買い物と一緒にいったり、散歩に出掛けている。毎日夕方に散歩に出掛ける人もいる。車椅子の方も外気浴に出掛けている。</p>	
50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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。</p>	<p>現在は、お一人のみになっているが、自分の好みの食料を買いに行っている。</p>	/	
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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。</p>	<p>手紙、はがきを書き様子を知らせられるように支援している。LINE電話の活用も行っている。</p>	/	
52	19	<p>○居心地の良い共用空間づくり</p> <p>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。</p>	<p>共有空間の中心にキッチンがあり、家庭的な雰囲気を出しているため、自然と皆が集まってきている。また、中庭で育てた花などを飾り季節感も出している。</p>	<p>居間兼食堂は、窓が広く明るい日差しが入り、中庭は、季節の花が見られ季節を感じながら、穏やかに過ごされている。台所は、オープンキッチンで職員は、利用者の動きを感じながら支度が出来、野菜を刻む音やご飯の炊ける匂いを感じられ、家庭にいたると同じ感覚で過ごされている。今は、特にコロナの関係で、換気に配慮されている。</p>	
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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。</p>	<p>現在は、コロナ感染症対策のため、一人が一つのテーブルを使用し距離を保っている。また、食事時間がズレたりしても大丈夫なように個別に対応できるスペースを用意している。</p>	/	
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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。</p>	<p>自室は使い慣れた家具等の持ち込みをもらい、自由なレイアウトで落ち着ける場所を作っている。</p>	<p>利用者は、家族と相談しながら、使い慣れた馴染みのチェイス・仏具・コタツ・ぬいぐるみ・家族写真、造花、自作の絵等を持ち込み、本人が、居心地よく過ごせるよう工夫されている。</p>	
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p>	<p>トイレには自立支援バーや手すりを設置し、動作を助けている。廊下にも手すりを各所に設置したり、椅子を配置して休みながら移動が出来るようにしている。</p>	/	

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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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させている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
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、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1くらいと ④ほとんどできていない

グループホーム 古田のおうち

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	<input type="radio"/>	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 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や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る	<input type="radio"/>	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、活き活きと働けている	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての家族等が ②家族等の3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホーム古田のおうち

作成日 令和 2年 9月9日

【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	4	コロナ感染症により、管理者変更後も会議が開催できていない。	書面においても関係を続け、地域とのつながりを継続していける。	案内文書に事業所の取り組み、広報誌を添付して状況を理解していただく。	6か月
2	26	1人ひとりの課題とケアのあり方を関係者で話し合い、それに即した計画が出来るまでに至っていない。	日々のケア記録から介護計画の作成に活かせ、より個別援助目標が達成できる。	ケアプランに基づいたケアを行うことができるよう経過記録からモニタリングに活用していく。	1年
3					
4					
5					
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。