

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成27年3月16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	〒733-0873 広島市西区古江新町8-32		
自己評価作成日	平成27年3月2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	http://www.kaigokensaku.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=3490200312-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【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 医療福祉近代化プロジェクト
所在地	広島市安佐北区口田南4-46-9
訪問調査日	平成27年3月16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）】

元倉庫だった建物を利用しており、解放感のあるホームです。お一人ずつの「私の暮らし」を尊重し、身体、生活環境を見つめています。自室もご本人の思いの家具やカーテン、じゅうたん等レイアウトします。楽しみの食事は毎食買い物、手創りのメニューです。時には、バイキング形式も取り入れています。

今までの生活歴、趣味、家族の関係等を反映して、自由選択・自己決定を尊重したお一人ずつのアクティビティケアを共に企画します。又、状態により暮らしが変っても、折々の話し合いを持ち希望に沿っています。

【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）】

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、大きな吹き抜けで解放感があり、ゆったりと居心地よく過ごせるように様々な事に取り組んでいる。併設でデイサービスと地域交流広場（集会所）があり、地域の方の利用や、ご家族の訪問などもたくさんある。職員は常に利用者の声に耳を傾け、利用者の思いを大切に、利用者本位の普通の暮らしが出来るよう見守りながら支援を行っている。又、馴染みの場所やドライブ・食事・四季折々の花見など、外出の機会も多くあり利用者の楽しみ事を増やしていけるよう取り組んでいる。職員間のチームワークは良好で日々の連携を図りながら、会議の中でも活発に意見を出し合い、サービスの向上や業務改善に繋げている。事業所理事は、地域社会とのつながりを重視し、関係市町村・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、高齢者を支える社会資源や地域住民の応援団として地域の活性化の為に日々奔走し活躍されている。

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。	「優しい心 迷ったり探さぬようそばにいるよ」を、理念に掲げ生活歴やその人らしい暮らしを大切に、居場所づくりを実践している。	開設時に思いを形にして作られた事業所理念、「優しい心、迷ったり 探さぬよう そばにいるよ」を管理者・職員が共に大切にしており、笑顔で接しながら、利用者が生き生きとその人らしい暮らしになっているか、目配り気配りを怠らないケアを実践している。	
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。	地区社協の常任委員として、会議や活動へ参加している。昨夏は学区社協の「ふれあい祭り」へ参加した。町内会の一員で、町内会費を払い、回覧板を回している。	気候の良い日には、散歩や買物に出かけ近所の方と挨拶を交わしている。町内会に加入しており、回覧板で地域の情報(地域行事のお祭り「はまえびす」や盆踊り大会に参加)を得たり、公園での餅つき大会に8人の利用者とその家族が参加し地域の方と交流している。公民館での認知症講座に講師の派遣のサポートをして地域と交流している。	
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。	地域包括支援センターと連携を図り、認知症サポーター養成講座の開催、イキイキオウラチナ塾を開催。地域の中で実践講座を続けている。		
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。	おおむね1回/2月開催。前回2/26は南海トラフ地震防災規程を議題で提出。昨10/21の避難訓練へは地域住民8名の参加があった。	運営推進会議は2ヶ月毎に開催されており、学区の社会福祉協議会会長・民生委員・町内会長・地域包括支援センター職員・家族・理事長・管理者・職員が参加している。事業所の活動報告・地震防災規定・地域の高齢者の状況や介護の現状について意見交換を行うなど事業所運営に役立っている。	
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。	運営推進会議の日程の提出、又各種提出書類の持参、質問事項の問い合わせなど、顔の見える関係作りに努めている。	市へは更新時や運営推進会議の議事録を持参したり、待機者情報・疑問や制度・困難事例等について質問等機会を見つけて積極的に協力関係を築くように取組んでいる。	
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。	2か所のドアは開錠をしている。拘束をしないケアをチームで話し合いケア内容を深めている。	身体拘束については、年間研修計画に取り組み研修を行っている。身体拘束や施錠する事の弊害等について話し合い、職員が理解できるように分かり易く伝えている。夜間以外は出入りに施錠は行わず、出かけた方には、職員が付き添って出かけ、利用者の自由な暮らしを支援するケアに取り組んでいる。	
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。	夜勤日勤の引き継ぎのミニカンファレンスにおいて、チーム間で日々のケアが適切であったか管理者も含め、振り返り、再発防止へ努めている。		

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。	成年後見制度についての学びの時間を持ち、家族からの質問相談へも応じている。		
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。	所定の書類を元にわかりやすい表現で、理解へ努めている。		
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。	1回/年 家族会を開催し利用者のご様子をスライドショーで、思いがけない表情のお顔を見てもらった。要望があれば、個人的に時間を取り、話を伺っている。	家族が面会に来られた時に意見を言い易いようコミュニケーションをとったり、毎月の報告や利用者の様子を伝える際にも意見・要望等が無いか働きかけている。運営推進会議等で意見・不満・要望等を聞き、出来ることはすぐ対処し運営に反映している。	
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1回の職場内のミーティングで管理会議の報告、法人、事業所の動向の時間をとっている。	職員は、日々の業務の中で気づいた事、意見や要望等を日報等に記入し、管理者が直接個々の意見を聞き、出された意見や提言を月1回のミーティングで協議している。また職員間のコミュニケーションを大切に、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。	定期的に法人の総務担当が面談をおこない、整備している。法人全体の会議は年4回開催している。		
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。	法人のキャリアパスを活用。事業所の27年度の研修計画に沿って勧めてる。		
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。	地域の公衆衛生協会主催の「認知症を学ぼう」へ3名参加。安佐南区のグループホーム管理者との時間を持つ。		

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。	担当の職員がご本人、家族を入所前から時間をもち、信頼関係構築へ努めている。		
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。	担当の職員がご本人、家族を入所前から時間をもち、信頼関係構築へ努めている。		
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。	当施設へ入所前の在宅や施設の情報を得て、関連するチームから情報を得て、アセスメント、プラン作成をしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	食事づくりや繕いものの教えを受けたり、ともにお茶を飲みながら過ごす時間をとっている。		
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。	月1回経過報告の手紙を出したり、変化があれば、直接電話で伝え、主治医の往診、担当者会議への出席等で共に支えている。		
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。	来所の折には近況を知らせ、また生活歴をお聞きしている。	一緒にそばに寄り添ってゆっくりと時間をかけ、会いたい人や懐かしい場所等、思い出話を傾聴している。利用者は地域の方が多く、面会にどなたかの家族が毎日来訪し、応接間かお部屋でお茶を飲みながら会話している。近隣のスーパー・コンビニ・お好み焼き屋の従業員と顔なじみとなり地域の人も関係作りをしている。	
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。	集う食堂のテーブルの座位位置替え、利用者との間に入り、関わり合いのサポートをする。		
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。	法人、事業所の活動を知らせたり、交流広場への参加を提案、健康状態の相談へも応じている。		

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。	ご自分で選択を優先に把握に努めている。時間の経過する場所、飲み物、間食、主食は等々。表情、視線の動きでの思いを汲みとる。	日々利用者とコミュニケーションをとる中で思いが把握できるように努めている。把握が困難な方には、動作・表情等から汲み取り、家族からも情報を頂き、カンファレンスで本人本位に検討し職員間で情報を共有している。	
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。	生活歴、職業歴、家族関係、趣味、好物、昼寝入浴等の暮らしの中のお一人ずつのなじんだ事柄を個別に把握し、個々の暮らしへ生かしている。		
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。	その日より状態の変化があり、前勤務者からの引き継ぎをし、現状からのケアに努めている。		
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。	各担当者が定期的なアセスメント、経過シート、モニタリング、担当有者会議、御本人の希望、家族の思いを元に、計画作成者の指導を受けながら、作成している。	介護計画は、サービス担当者会議を開催し管理者・職員・介護計画作成担当者等で利用者・家族の思いや意向を汲み取れるよう意見を出し合い作成している。定期的なアセスメント・モニタリングを実施して計画の見直しを行い、利用者の状態の変化が起きた場合再アセスメントを実施し、随時介護計画を作成している。	
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。	経過シート、日常生活記録へ活用している。		
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。	併設のディサービス、交流スペースを利用して、ニーズに応じて居場所の変更、乳児とのふれあい、行事への参加等様々な時間を過ごしている。		
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。	交流スペースの地域主体のサロンへの参加、町内会の行事への参加等楽しむ時間を作っている。		
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し、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。	入所時家族、御本人との話し合いから、主治医を決め、受診往診を決めて頂く。定期的な診察及び状態変化時の報告、電話連絡で、指示を仰ぎ、適切な管理へ努めている。	入居の際には、契約時に利用者や家族が希望するかかりつけ医を確認し、共に必要に応じて家族や職員の支援を受けながら医療機関で受診している。また受診結果は職員や家族等に報告し合い情報を共有している。かかりつけ医は緊急の場合や些細なことでも気軽に相談に乗って下さり、24時間体制で夜間も往診して下さい安心して居る。	

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。	ケアの中で、気づき、観察上の注意点、状態の変化、内服薬の疑問、食事量の低下、排泄のコントロール等を看護師へ報告、また経過シートへ記録し、チームで情報を共有し、対応している。		
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、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。	利用者の入院中、退院支援会議への出席し、当施設への帰宅後スムーズな生活となるよう支援している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入所時家族、御本人との話し合いから、書面での確認をとる。時間経過とともに、変化する終末期への思いを汲みとる。	重度化や終末期に向けた指針を入居の際に家族に説明し、文書で同意を得ている。事業所としては、家族の希望があれば、看取りを行う意思があり、今年度は4名の方を看取り、職員も方針を共有して取り組んでいる。重度化した場合、家族、医師、関係者等で繰り返し話し合い、医師・訪問看護・かかりつけ医と連絡を取りながら本人にとって最良の方法を検討し、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。	「いつもと違う」サインを学び、主治医、管理者へ報告、指示を仰ぎ対応している。		
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。	夜間1名勤務時の想定消防訓練の実施。10/21の訓練時は、地域の方8名の参加が見られた。	年2回の避難訓練で、1回は消防署の協力を得て入居者も参加し避難訓練(夜間想定)・消火訓練を実施している。その都度、運営推進会議でも報告している。地域の人々の協力が得られ近隣の方8名が消防訓練に参加して下さり、日頃から地域との協力体制を築いている。	
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。	人生を生きてこられた先輩方であり、丁寧な対応はもとより、尊厳をもち、一人の方としての対応に心がけている。	人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けや対応をしている。また職員の不用意な発言が見られた場合はその都度注意し、会議でも言葉かけについて検討している。記録の名前もそのまま書かず、アルファベットで表記し個人名が特定できないように配慮している。	
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。	選択の項目を増やし、ささやかな小さい事でも、自己決定が出来る場を作っている。		
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。	お一人ずつの生活軸を中心に暮らしを支えている。		

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。	起床時の更衣、髪の手だしなみ、化粧品、ハンドクリーム、髭剃り等支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	楽しい食事時間となるよう、薬味や魚の骨が苦手な方への配慮、小皿への盛り付け、食器拭き等一人一人の力へ応じ、ともに食事づくりをしている。	食事の献立は利用者に希望を聞き、近所のスーパーに買物と一緒にいき、栄養を考え、好みを取り入れている。ジャガイモの皮むき・野菜を切ったり、盛り付けや配膳・食器拭きを出来る人は一緒にしている。食事は職員も共に食卓を囲み、一緒に同じもの食べ、楽しそうに会話しながら食事時間を過ごしている。	
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。	記録表を活用し、食事量、水分量を把握、その後のケアへつなげている。		
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、洗面所で、所有の歯ブラシを使い、口腔ケアを実施。一人一人の力に応じて、支援をしている。		
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。	自立度、ADLの評価、排泄記録表、内服状況、御本人の行動から、排泄パターンを把握、気持ちのいい排泄への支援をしている。	トイレでの排泄を基本とし支援を行っている。排泄チェック表を作成し、利用者の状況に合わせた排泄支援を行っている。排泄の失敗を減らすように努め、パッドの工夫や利用者個々の状況にあったものを使用することで、不快感のないように自立に向けた支援を行っている。	
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。	記録表を活用し、食事量、水分量を把握、内服薬の有無等その後のケアへつなげている。		
45	17	○入浴を楽しむことのできる支援 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1回/2日の入浴。その日の体調、面会、外出等で柔軟な変更をしている。	入浴は基本的に2日に1回、利用者の体調を見ながら安全・安楽な入浴を行っている。入浴を拒否される方には声掛けのタイミングや職員を変えたり、家族の面会時に声かけて下さり、無理なく入浴して頂けるよう個々に応じた入浴の支援をしている。	
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。	自室での昼寝、リラックスルームでの休憩、就寝時間も一人一人に合わせた自室誘導をしている。		
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、担当薬剤師からの指導を受けて、服薬の内容、副作用を学び、担当職員が整理する。服薬は勤務担当者が責任をもちつ。		

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		○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。	食器拭き、お盆拭き3枚、盛り付け等その方へ応じた役割を担ってもら。嗜好品は選択し、好みの飲み物を提供している。		
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。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。	「少し遠くへ行きたい」「おまんじゅうを買いに行きたい」「スーパーでいろいろ見たい」「近所の家のお花を見たい」希望に応じ、散歩、外出を楽しむ。個別では、これまでの生活歴から、「そばが好き」「ガーデニングの花が好きだった」から、蕎麦屋さんでの外食、植物公園へのドライブ等企画している。	季節毎に計画を立て、天候の良い日に利用者の体調を考慮し、ドライブに商工センターの公園に桜の花見・宮島へ紅葉饅頭を食べに、縮景園・物産展へ出かけている。又、個別アクティビティを組み、近隣のクルクル寿し・そば・ぜんざい・豚汁を食べに行ったり、喫茶店へコーヒーを飲みにと多彩な場所に出かけ地域の方と交流している。	
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。	個別のお楽しみ企画での外出時、自らのお金を自ら支払い、おつりをもらったり、初詣の賽銭を自分で出されたり。折々に使う楽しみを支援している。		
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。	東京の息子様からの電話の定期便を待っている利用者がいます。		
52	19	○居心地の良い共用空間づくり 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。	居室のドアの色、入口の床の色の变化、窓の外の花壇づくり、中庭の空間を作っている。	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、煮物の匂いが感じられ、家庭にいると同じ感覚で過ごされている。居間兼食堂の一角に設置された小上がりの和室で、利用者がお茶を飲んだり、横になって休む等、ゆったり過ごせる工夫をしている。廊下やトイレは広く清潔に保たれ、利用者の安全に配慮して手すりが設置されている	
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。	リラクスルームの3種類の椅子で、ときにお茶、昼寝、休憩、お茶、一人で過ごしたり、職員と食事したり。ロールカーテンで仕切り、空間を作っている。		
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。	使い慣れた家具、ドレッサー、仏壇、遺影、照明等馴染みの好みの家具をで自由なレイアウトをする。	利用者は、家族と相談しながら、ダンスや仏壇・人形・テール・写真等を持ち込み利用者好みの居室作りをしており、自宅と同じような生活が出来、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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」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。	てすり、アコーディオンカーテンパーテーション、つかみやすいドアノブ、バリアフリの床を用い自立部分を生かし、維持できるよう配慮している。		

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 ③利用者の3分の1くらい 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と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	○	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	○	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、生き活きと働けている	○	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	○	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	○	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 平成27年3月18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組み内容	目標達成に要する期間
1	13	学習会后、受け止め方、理解力での温度差がある。	個人目標を明確にし意欲を高める。	定期的な面談を実施する。	1年
2	25	変化する身体精神的症状が暮らしの現状へ影響する。それに応じた判断、介護技術が必要。	職員全体の技術のレベルアップを図る。	定期的な学習会、ミニカンファレンスによる職員同士の意識の高揚を図る。	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。