（様式１）

１　自己評価及び外部評価結果

作成日　　平成　30年 11月 15 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3473500308		
法人名	北広島町社会福祉協議会		
事業所名	グループホーム　松籟荘		
所在地	山県郡北広島町川小田10075-45 （電話）0826-35-0740		
自己評価作成日	平成30年10月10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.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=3473500308-00&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 FOOT&WORK
所在地	広島市安芸区中野東４丁目１１番１３号
訪問調査日	平成３０年１１月１５日（木）

【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）】

利用者一人ひとりのできること、したいことを引き出し、日々の生活の中でそれを活かし、必要とされていると実感し、居心地よく暮らせるよう支援していきます。利用者、家族の思いを聴きながら最期まで、住み慣れたここで過ごせるよう、医療と連携し看取りに取り組みます。

【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）】

グループホーム松籟荘は、周りに高校・駐在所・お店があり便利な所に位置している。利用者と笑い合える、雰囲気の良い生活環境を大切にしており、利用者の得意な事や出来る事を引き出し、その人らしさが発揮出来るように取り組んでいる。家族との関係性や馴染みの関係継続に向けた働きかけ、外出支援、排泄ケアや入浴支援等の実践状況、及びミーティングやカンファレンスの内容から、個別ケアへの意識の高さが伺える。医療との連携体制も充実しており、日常の健康管理や急変時の対応、終末期ケアに至るまで、地域に根差した診療所との密な連携が図られている。様々な視点からケアの向上や業務改善に向けて取り組んでおり、事業所としての活性化が伝わってくる。管理者の指導のもと、職員個々の対応力の向上も実感されており、日々の健康管理や気付き力の向上による早期対応、終末期ケア等に向き合い、暮らしの延長にある看取りを支援している。

自己評価	外部評価	項目	自己評価 実施状況	外部評価 実施状況	外部評価 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。	グループホーム理念を自分たちの言葉に替え、毎月の職員研修で輪読し共有している。	朝出勤時に法人理念と、事業所目標である「居心地よい笑顔あふれるホームを目指します」に目を通し、毎月の職員研修で唱和し、確認し検討し共有して実践につなげている。	
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，事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	ご高齢な方が多く地域の行事に一部の利用者しか参加できない原状はあるがホーム近隣を散歩したり地域のお店で買い物をしたりしている。近隣の方からの花や果物の差し入れがある。松籟荘まつりで地域の方との交流がある。	地域の方が野菜（かぼちゃ・冬瓜・煮リンゴ）等を持参して下さり、利用者と一緒に職員も頂いている。事業所主催の納涼祭を駐車場で行い、地域の方が大勢来ている。隣の加計高校芸北分校の生徒たちと野菜作りをしたり、「みのり学習」で7･8月頃に来訪して、利用者と交流している。地域の文化ホールに出かけたり、お鍋会の行事に出かけ交流している。	
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。	特段地域の人々に向けて何かを取り組んでいるわけではないが、介護全般にお困りの方の相談をいつでも受け付けている。		
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。	2ヶ月ごとに運営会議を開催。状況報告を行い、助言をもらっている。地域の出来事、情勢など知ることができる。	利用者・家族・民生委員・地域包括支援センター職員・駐在所署員・高校の先生・老人クラブ会長・地区長・管理者等の出席を得て、運営推進会議を2ヶ月に1回開催している。運営状況や事故報告、行事報告・研修報告・ヒヤリハット等を報告し、地域情報の共有や意見交換を行っている。参加出来ない家族には、面会時に報告する等のフォローをしている。出た意見は職員と共有し、サービス向上に活かしている。	
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。	介護保険認定調査など申請したり、担当者に手続きなどわからないことがあれば直ぐに連絡をとり指示を仰いでいる。運営推進委員に地域包括センター職員がいるので情報交換ができ、研修案内もある。	町担当者とは、運営推進会議時の他、直接出向いたり、電話やファックスで相談して助言を得たり、情報交換している等、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議時に情報交換や相談をしている他、電話や地域ケア会議の場で利用者の状況の相談や情報交換をし連携している。	
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。	やむを得ない場合は、ご家族様に状況を説明し同意書に記入して頂いた上での拘束をする。	ユニット会議や全体会議等にて、勉強会を開催したり、日々のケアの振り返りを行う事で、身体拘束（スピーチロック及びドラッグロックも含む）に関する共有、認識を深めている。介護経験の少ないスタッフも含めて全体的にスキルアップを目指し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体拘束適正委員会を立ち上げ、検討会議を実施している。	身体拘束をしないケアについては、年間計画で研修を実施しており、身体拘束適正委員会も立ち上げられたので、詳細に事例検討等を通して周知され、今後も身体拘束をしないケアを継続実施される事を期待します。
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注意を払い，防止に努めている。	研修を通じて職員に理解を求めている。外部研修に参加し学び、理解し実行している。		

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
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。	各種関係機関と連携し包括的な支援を行う。社協地域福祉推進課と報連相をとる。		
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。	契約の締結や解約については、管理者が行い、必要に応じて本部の担当者が同席して対応している。特に退去時の取り扱いや金銭に関わる点については丁寧に説明をして、理解を求めている。		
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。	ご家族のご意見や要望は常に受け付けている。受け付けた意見や要望は対応可能なものから実施している。	家族や親戚、知人等の来訪時や、電話連絡の時や請求書送付時に近況を書いた手紙を同封し、意見、要望を聞いている。また、運営推進会議においても、要望や提案等を報告・相談をして、改善に向けて努力している。家族会で花祭りをした折にも、意見等聞いている。出された意見は、会議で検討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。	毎月の職員会議で運営に関する課題などを話し合う機会を設けている。個別に面談も行い反映している	毎朝の朝礼やユニット毎の会議時に、職員が気付いた事や意見を聞いている。毎月1回職員会議を行い、そこで出た意見を検討し反映している。年2回職員の個別面談を実施し、出た意見や提案は検討し運営に反映している。	
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。	半期ごとに人事評定における目標設定を行っている。自己評価に基づき、管理者が面接し、それぞれの目標に対してアドバイスを行っている。		
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。	毎月研修を定期的に行っている。看取り研修を外部講師（主治医、歯科医、訪問看護師、管理栄養士）で行っている		
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。	外部研修に参加した際などに同業者との交流を図っている。今後は同法人内の他事業の職員と勉強会や交流を図れる機会を計画していきたい。		

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。	入居前に本人、家族と事前面談を行い、アセスメントをとり不安や要望をヒアリングしている。 事前面談で取得した情報を速やかにスタッフに提供することで、入居後不安なく生活ができるように務めている。		
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。	事前面談で家族等の不安や要望をヒアリングし、気軽に相談できる雰囲気作りを心がけている。		
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。	入居前に職員会議で職員が情報を共有し対応を話し合っている		
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。	職員は家族的なかかわりを大切にし、その方のできることを尊重し日々の生活に取り入れるようにしている。またレクリエーションなどを通じて他の入居者との関わりを支援している。		
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。	できるだけ面会にお越しいただけるように行事等の案内を送ったり、日常生活の一場面を写したアルバムを玄関に設置するなど、ホームでの生活を理解いただけるように務めている		
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。	面会があれば居室にてゆっくり過ごしていただく、無理のない外出、外泊のお願いや地域の行事への参加を支援している	家族の面会や友人・知人・近所の人・親戚の来訪の際は、湯茶でもてなし、ゆっくり過ごしてもらっている。電話での交流、外泊・外出・墓参り・法事等を支援して、なじみの人や場所との関係継続を支援している。	
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。	日常の活動を通じて、利用者同士が交流を測れる機会を設けている。 交流がむつかしい方には職員が介入して、できるだけ同じ空間で取り組むことができるよう支援している。		
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。	退去後に相談を受ける実績はないが、手紙と入居時の写真を送付した。 今後も利用終了者やその家族等から連絡があった場合はサポートに努めていきたい。		

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。	利用者ごとに担当者をつけており、ひとりひとりのホームで生活する上での意向をヒアリングしている。意思表示が難しい方については、その方の思いを推察し、ご家族の意見を踏まえ、本人本人で検討している。	担当制を導入しており、本人・家族とのコミュニケーションを深めながら、日々の生活や会話の中で思いや意向、ニーズの把握に取り組み、本人本位に取り組んでいる。意向を表す事が困難な利用者については、「私だったらこうしてほしい」の視点で、思いの把握に努めている。	
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。	入居前に本人、家族と事前面談を行い生活スタイルや趣味などを施設の生活に取り入れていく		
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。	アセスメントを通じて一人ひとりの生活を把握している。活動についてもそれぞれの過ごし方を尊重し、無理強いをしなように努めている。　また自分で出来ることは行ってもらうように支援している。（洗濯物たたみ、掃除、調理前の下ごしらえなど）		
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。	ミーティングを行いそれぞれの意見を反映した現状に即した介護計画を作成している。引継ぎ時申し送り等で出た意見などを検討し現状にあったケアをしている。	6ヶ月毎にモニタリング及びサービス担当者会議を実施し、6ヶ月毎に介護計画書の見直しを実施している。状態に変化が生じた場合はその都度行い、安定している利用者は、見直しに合わせアセスメントも実施している。日々の介護記録、主治医の意見、家族、利用者の希望を反映した現状に即した介護計画書を作成している。	
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。	日々の生活記録に記入している。課題などが発生した場合は、管理者に報告。話し合いを持ち、職員間で共有し実践につなげている		
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，その時々に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。	歩行状態が低下した利用者には、歩行器具使用など、個々のニーズに対して迅速に柔軟な対応をしている。		
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。	近所に買い物をする場所としてJAが有り、散歩の距離として十分で、外出要望の強い方と出かけたり、ホームの飲み物や本人の好きなもの、必要なものを購入するという、今までの暮らしの中でやっていたことを実践、思い出してもらい楽しんでもらえるよう支援している。		
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。	入所前かかりつけ医から施設主治医へ明確に引き継がれているので納得を得られている。カンファレンスに主治医、訪問看護師が参加し適切な医療を受けられるよう医療と連携している。	かかりつけ医師の選択は、希望を優先しているが、近隣の診療所が主に主治医で、月1回定期的に往診がある。又、訪問看護も週1回来られている。整形や眼科・皮膚科は、家族に対応をお願いしている。家族付き添いの受診の際には、日常生活での状態状況を報告 箇条書きバイタル表を渡し主治医との情報共有を図っている。主治医と看護師とは連携が密であり、適切な医療が受けられるように支援している。	

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。	訪問看護との契約し週1回訪問看護。利用者の健康面で気になる方が居れば、その都度報告、相談を行い主治医との連携が強化されている		
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。	入院時には、必ず体調やホームでの生活状況を入院先に情報提供している。退院時には、医療機関の退院時カンファレンスに参加し、戻ってきてからのサービスにつなげている。		
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。	重度化対応・ 終身期ケア対応指針を家族に提供し、同意を得ている。家族、本人の意向をくみ、最後まで慣れ親しんだ施設で過ごせるよう看取りのできる施設を目指している	入居契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」を取り交わし、家族と共有している。訪問看護師とは、24時間連絡が取れるようになっていて安心である。重度化した場合は、家族の希望を踏まえ、医師・看護師・管理者を交え、対応を段階的に検討している。他施設への移動等も考慮し、利用者、家族にとって最善の選択が出来るよう支援している。3人の看取りをしている。	現在も看取りは行っていますが、職員全員が看取りの対応を経験していないので、不安等あります。今後の課題として看取り研修を行い、不安軽減と自然な対応が出来るようになれる事を期待します。
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。	毎日のバイタルチェックを欠かさず行い記録している。実践できるよう常に身につけるようにしている。		
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。	地域と協定を結び、避難訓練を一緒に行っている	年2回実施しており、1回は消防署の指導の下行い、昼夜を想定した避難訓練を実施している。利用者も訓練に参加し、バケツリレーや水消火器による訓練も実施している。運営推進会議の中で、災害対策を議題とした話し合いも行われ、連絡方法等、具体的な課題について協議されている。近隣住民との地域協定を結んでいる。	
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。	一人ひとりの生活歴を理解した上で、その人に合わせた言葉かけや対応を行っている（人生の先輩として尊敬しその尊厳を守り、身の回りのお世話をさせていただいているという気持ち）	新人研修や内外の研修において、接遇や職業倫理、認知症ケアに関する学習を深めている。排泄や入浴は個別に行われ、同性介助にも配慮している。羞恥心に配慮し、肌を晒さなければならない際は、最新の注意を払い声掛けを行っている。気になる対応があれば、管理者がその都度注意を促している。	
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。	日常生活でサービスを提供するときは、必ずどうしたいかを確認した上で行うようにしている。		
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。	基本的な目標は決まっているが、レクリエーションなどで気分が乗らない時は休んでいただいたり、希望により外気浴を行うなどして、利用者本人のペースを大切にしている。		

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。	訪問理美容に定期的に来てもらっつている。お楽しみ会として買い物ツアーの行事を作り、自分で選んだ衣類など購入している。		
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。	行事などでは、食事の下ごしらえや盛り付けなども手伝ってもらったり、後片付けも一緒に行っている。ホームの畑で育った野菜を一緒に収穫し、調理し食卓に提供することで季節を感じ、楽しんでもらっている。	3食とも手作りで、利用者と一緒に近くのJAに買い出しに行っている。毎日の食事は利用者の好みも取り入れ、四季の食材を多く取り入れるようにしている。季節感を味わって頂きながら、旬の物を利用者と職員は同じ食卓を囲み、同じ物を一緒に食している。週3回朝食はパン食にしており、近隣の授産施設より購入している。	
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。	利用者ひとり一人体調管理を行い食事量や水分摂取に気をつけ提供できるよう支援している		
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。	食事後に口腔ケアを実施している。週1回訪問歯科診療が来訪しているので、口腔の問題が発生している場合には速やかに連携を図っている。歯科医師から口腔ケア後の仕上げの歯磨きが必要な方に関しては、歯間ブラシを使った介助も行っている。		
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。	一人ひとりの排便記録を付けており便秘の方には排便コントロールを行い、無理のない排便ができるよう支援している。また、夜間安全な排便ができるよう、必要と思われる方にはポータブルトイレを使用してもらっている。	個々の排泄に関しての失敗や、オムツ使用を減らしていく為に、排泄の状況をその都度記録した物（排泄チェック表）を共有し、必要に応じてカンファレンスを行い排泄の自立に向けた、個別の対応策を検討している。夜間もトイレ誘導を基本としているが、利用者によってはパッドを使用し、睡眠を優先する等、個別の自立に向けた支援をしている。	
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。	便秘対応を下剤だけに頼らず、お通じの改善に役立つ食物繊維を飲用してもらっている。また、体操や歩行などを通じて、腸を動かすように努めている。		
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てしまわずに，個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には1日おきに入浴できるよう対応しているが、体調不良や外出等の場合は変動に応じて対応している。	基本的には週に3～4回程度の入浴スケジュールを設定しているが、希望や状況、体調に応じて、シャワー浴、清拭、足浴を含む柔軟な対応に努めている。入浴拒否の利用者には無理強いせずに、職員間の連携で利用者がゆっくりと気持ち良く入浴して頂けるように取り組んでいる。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて，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。	昼夜逆転にならないように、日中はできるだけ活動や外気浴をすることで、夜間の安眠ができるよう支援している。　日中も短時間居間で休息できる時間も設けている。		
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。	一人ひとりの処方内容をファイリングし、職員は常に確認できるようにしている。薬局とも連携し、薬の形状（散剤：錠剤）を見直したり、トロミをつけるなど、利用者が服薬しやすいように配慮している。		

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
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。	ホームの手伝いを行うことで精神的に安定を測れる利用者もいるので、手伝い（掃除や洗濯物たたみなど）をお願いしている。行事には外出や嗜好品の購入などを行い、日々の生活に喜びや楽しみを持て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。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。	日常的な外出支援は難しいが、天気も良く時間にゆとりがあれば散歩に出かける支援をしている。家族に対しても無理のない範囲で外出機会を設けて頂けるようお伝えしている。	季節や天候、入居者の状態に応じて、できる限り散歩や外気浴をするようにしている。豊平のどんぐり荘に外食に出かけたり、紅葉狩りに千代田にドライブに行ったり、花見に神楽門前湯治村へ外出している。買い物にショッピングセンターコムズに出かけている。施設前の畑には玉ねぎがたくさん植えてあり、水やりや収穫を楽しんでいる。家族の協力を得ての外食や墓参り、法事出席等、お一人おひとりの希望に沿って出かけられるように支援している。	
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。	利用者がお金を自分で管理することはないが、買い物の支払いをする時に職員の見守りの中で代金を支払っていただくことはある。		
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。	利用者本人からの依頼があればいつでも対応可能としている。		
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。	利用者が集まる食堂は、季節の物や共同で作成した制作物を掲示し、家庭的な雰囲気を作り出している。また、毎日換気を行い室温調整を行うことで、感染症を予防し、快適に過ごせるように配慮している。	玄関や廊下には、クラブ活動で利用者が作成した書道や工作の作品等が、さりげなく飾られて居心地よく過ごせるように工夫している。利用者が集まる食堂兼リビングは、採光が良くて明るく、テーブルの上には季節の花が飾られている。利用者は、日中ここで過ごされている。施設内は毎日と随時に清掃を行い、非常に清潔で快適な状態となっている。又、温度・湿度の管理を適正に保ち快適に過ごせるように配慮している。	
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。	一人で過ごしたい場合はいつでも居室で過ごすことができる。気の合う利用者同士でコミュニケーションがとれるように、座席を近くにするなどの配慮をしている。		
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。	入居前に利用者本人が使い慣れたものをご持参いただくように伝えている。 昔使っていたものが近くに有ることで、落ち着いて過ごすことが出来るように工夫している。 テレビやこたつなどを持ち込まれている	居室には利用者が使い慣れたテーブル・箪笥・こたつ・テレビ・仏壇・衣装ケース・家族の写真・人形・カレンダー等持ち込まれ、本人が居心地よく過ごせるように工夫している。	
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。	居室にはそれぞれ利用者の顔写真と名前が貼られており、自分でどの居室か判別できるように工夫している。また、花を生けることのできる方に生けてもらったり、利用者ができることを活かせるように支援している。		

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，その時々の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る	○	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

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，活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

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。	グループホーム理念を自分たちの言葉に替え、毎月の職員研修で輪読し共有している。		
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。	ご高齢な方が多く地域の行事に一部の利用者しか参加できない原状はあるがホーム近隣を散歩したり地域のお店で買い物をしたりしている。近隣の方からの花や果物の差し入れがある。松籟荘まつりで地域の方との交流がある。		
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。	特段地域の人々に向けて何かを取り組んでいるわけではないが、介護全般にお困りの方の相談をいつでも受け付けている。		
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。	2か月ごとに運営会議を開催。状況報告を行い、助言をもらっている。　地域の出来事、情勢など知ることができる。		
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。	介護保険認定調査など申請したり、担当者に手続きなどわからないことがあれば直ぐに連絡をとり指示を仰いでいる。運営推進委員に地域包括センター職員がいるので情報交換ができ、研修案内もある。		
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。	やむを得ない場合は、ご家族様に状況を説明し同意書に記入して頂いた上での拘束をする。		
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注意を払い，防止に努めている。	研修を通じて職員に理解を求めている。外部研修に参加し学び、理解し実行している。		

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
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。	各種関係機関と連携し包括的な支援を行う。社協地域福祉推進課と報連相をとる。		
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。	契約の締結や解約については、管理者が行い、必要に応じて本部の担当者が同席して対応している。特に退去時の取り扱いや金銭に関わる点については丁寧に説明をして、理解を求めている。		
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。	ご家族のご意見や要望は常に受け付けている。受け付けた意見や要望は対応可能なものから実施している。		
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。	毎月の職員会議で運営に関する課題などを話し合う機会を設けている。個別に面談も行い反映している		
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。	半期ごとに人事評定における目標設定を行っている。自己評価に基づき、管理者が面接し、それぞれの目標に対してアドバイスを行っている。		
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。	毎月研修を定期的に行っている。看取り研修を外部講師（主治医、歯科医、訪問看護師、管理栄養士）で行っている		
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。	外部研修に参加した際などに同業者との交流を図っている。今後は同法人内の他事業の職員と勉強会や交流を図れる機会を計画していきたい。		

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。	入居前に本人、家族と事前面談を行い、アセスメントをとり不安や要望をヒアリングしている。 事前面談で取得した情報を速やかにスタッフに提供することで、入居後不安なく生活ができるように務めている。		
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。	事前面談で家族等の不安や要望をヒアリングし、気軽に相談できる雰囲気作りを心がけている。		
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。	入居前に職員会議で職員が情報を共有し対応を話し合っている		
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。	職員は家族的なかかわりを大切にし、その方のできることを尊重し日々の生活に取り入れるようにしている。またレクリエーションなどを通じて他の入居者との関わりを支援している。		
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。	できるだけ面会にお越しいただけるように行事等の案内を送ったり、日常生活の一場面を写したアルバムを玄関に設置するなど、ホームでの生活を理解いただけるように務めている		
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。	面会があれば居室にてゆっくり過ごしていただく、無理のない外出、外泊のお願いや地域の行事への参加を支援している		
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。	日常の活動を通じて、利用者同士が交流を測れる機会を設けている。 交流がむつかしい方には職員が介入して、できるだけ同じ空間で取り組むことができるよう支援している。		
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。	退去後に相談を受ける実績はないが、手紙と入居時の写真を送付した。 今後も利用終了者やその家族等から連絡があった場合はサポートに努めていきたい。		

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。	利用者ごとに担当者をつけており、ひとりひとりのホームで生活する上での意向をヒアリングしている。　意思表示が難しい方については、その方の思いを推察し、ご家族の意見を踏まえ、本人本人で検討している。		
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。	入居前に本人、家族と事前面談を行い生活スタイルや趣味などを施設の生活に取り入れていく		
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。	アセスメントを通じて一人ひとりの生活を把握している。活動についてもそれぞれの過ごし方を尊重し、無理強いをしなように努めている。　　また自分で出来ることは行ってもらうように支援している。（洗濯物たたみ、掃除、調理前の下ごしらえなど）		
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。	ミーティングを行いそれぞれの意見を反映した現状に即した介護計画を作成している。引継ぎ時申し送り等で出た意見などを検討し現状に　あったケアをしている。		
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。	日々の生活記録に記入している。課題などが発生した場合は、管理者に報告。話し合いを持ち、職員間で共有し実践につなげている		
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，その時々に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。	歩行状態が低下した利用者には、歩行器具使用など、個々のニーズに対して迅速に柔軟な対応をしている。		
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。	近所に買い物をする場所としてJAが有り、散歩の距離として十分で、外出要望の強い方と出かけたり、ホームの飲み物や本人の好きなもの、必要なものを購入するという、今までの暮らしの中でやっていたことを実践、思い出してもらい楽しんでもらえるよう支援している。		
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。	入所前かかりつけ医から施設主治医へ明確に引き継がれているので納得を得られている。カンファレンスに主治医、訪問看護師が参加し適切な医療を受けられるよう医療と連携している。		

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。	訪問看護との契約し週1回訪問看護。利用者の健康面で気になる方が居れば、その都度報告、相談を行い主治医との連携が強化されている		
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。	入院時には、必ず体調やホームでの生活状況を入院先に情報提供している。退院時には、医療機関の退院時カンファレンスに参加し、戻ってきてからのサービスにつなげている。		
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。	重度化対応・ 終身期ケア対応指針を家族に提供し、同意を得ている。家族、本人の意向をくみ、最後まで慣れ親しんだ施設で過ごせるよう看取りのできる施設を目指している		
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。	毎日のバイタルチェックを欠かさず行い記録している。実践できるよう常に身につけるようにしている。		
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。	地域と協定を結び、避難訓練を一緒に行っている		
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。	一人ひとりの生活歴を理解した上で、その人に合わせた言葉かけや対応を行っている（人生の先輩として尊敬しその尊厳を守り、身の回りのお世話をさせていただいているという気持ち）		
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。	日常生活でサービスを提供するときは、必ずどうしたいかを確認した上で行うようにしている。		
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。	基本的な目標は決まっているが、レクリエーションなどで気分が乗らない時は休んでいただいたり、希望により外気浴を行うなどして、利用者本人のペースを大切にしている。		

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。	訪問理美容に定期的に来てもらっつている。お楽しみ会として買い物ツアーの行事を作り、自分で選んだ衣類など購入している。		
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。	行事などでは、食事の下ごしらえや盛り付けなども手伝ってもらったり、後片付けも一緒に行っている。ホームの畑で育った野菜を一緒に収穫し、調理し食卓に提供することで季節を感じ、楽しんでもらっている。		
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。	利用者ひとり一人体調管理を行い食事量や水分摂取に気をつけ提供できるよう支援している		
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。	食事後に口腔ケアを実施している。週1回訪問歯科診療が来訪しているので、口腔の問題が発生している場合には速やかに連携を図っている。歯科医師から口腔ケア後の仕上げの歯磨きが必要な方に関しては、歯間ブラシを使った介助も行っている。		
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。	一人ひとりの排便記録を付けており便秘の方には排便コントロールを行い、無理のない排便ができるよう支援している。また、夜間安全な排便ができるよう、必要と思われる方にはポータブルトイレを使用してもらっている。		
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。	便秘対応を下剤だけに頼らず、お通じの改善に役立つ食物繊維を飲用してもらっている。また、体操や歩行などを通じて、腸を動かすように努めている。		
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てしまわずに，個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には1日おきに入浴できるよう対応しているが、体調不良や外出等の場合は変動に応じて対応している。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて，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。	昼夜逆転にならないように、日中はできるだけ活動や外気浴をすることで、夜間の安眠ができるよう支援している。　日中も短時間居間で休息できる時間も設けている。		
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。	一人ひとりの処方内容をファイリングし、職員は常に確認できるようにしている。薬局とも連携し、薬の形状（散剤：錠剤）を見直したり、トロミをつけるなど、利用者が服薬しやすいように配慮している。		

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
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。	ホームの手伝いを行うことで精神的に安定を測れる利用者もいるので、手伝い（掃除や洗濯物たたみなど）をお願いしている。行事には外出や嗜好品の購入などを行い、日々の生活に喜びや楽しみを持て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。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。	日常的な外出支援は難しいが、天気も良く時間にゆとりがあれば散歩に出かける支援をしている。家族に対しても無理のない範囲で外出機会を設けて頂けるようお伝えしている。		
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。	利用者がお金を自分で管理することはないが、買い物の支払いをする時に職員の見守りの中で代金を支払っていただくことはある。		
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。	利用者本人からの依頼があればいつでも対応可能としている。		
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。	利用者が集まる食堂は、季節の物や共同で作成した制作物を掲示し、家庭的な雰囲気を作り出している。また、毎日換気を行い室温調整を行うことで、感染症を予防し、快適に過ごせるように配慮している。		
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。	一人で過ごしたい場合はいつでも居室で過ごすことができる。気の合う利用者同士でコミュニケーションがとれるように、座席を近くにするなどの配慮をしている。		
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。	入居前に利用者本人が使い慣れたものをご持参いただくように伝えている。 昔使っていたものが近くに有ることで、落ち着いて過ごすことが出来るように工夫している。 テレビやこたつなどを持ち込まれている		
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」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。	居室にはそれぞれ利用者の顔写真と名前が貼られており、自分でどの居室か判別できるように工夫している。また、花を生けることのできる方に生けてもらったり、利用者ができることを活かせるように支援している。		

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，その時々の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る	○	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

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，活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　　グループホーム松籟荘

作成日　　平成 30 年 11月 16 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	33	重度化した場合や終末期の在り方について早い段階から本人・家族と話し合いを行う。施設でできること、本人・家族の思いを聴き医療と連携し最後までその人らしく過ごせる支援に取り組んでいく	利用者、家族が安心して生活を送り、なじみの人々や慣れ親しんだ環境の中で最期までその人らしく過ごせる	・利用者の状態把握ができ、変化に気づく・伝える・聴くが行えるよう取り組み早期対応に結び付ける ・看取り研修を行い、必要な知識・技術を学ぶ	1年
2	6	身体拘束をしないケアに取り組む	現状のケアを見直す	虐待防止研修に含めた取り組みを行う。施設で虐待、身体拘束防止委員を作り、定期的に話し合いを持つ	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。