

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 3 月 17 日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3470204359		
法人名	有限会社 誠友		
事業所名	グループホーム「こもれびの家」		
所在地	広島市西区山手町10-6 (電話) 082-532-1266		
自己評価作成日	平成29年3月3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_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=3470204359-00&PrefCd=34&VersionCd=022
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人広島県シルバーサービス振興会
所在地	広島市南区皆実町一丁目6-29
訪問調査日	平成29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）】

利用者 ひとりひとりにある 出来ること、したいことを引き出し、日々の生活の中に それを活かし、グループホームの中で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ます。第2の家族と感じてもらえるよう ぬくもりのあるホームを目指しています。

【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）】

玄関から庭、道路への出入りにおいて、段差を解消したスロープになっており、気軽に外出出来るように配慮されている。家庭菜園づくり、散歩を積極的に取り入れることで、一人ひとりの出来ること、したいことへの対応を、日々の生活の中で実践するようにしている。菜園作りにおいては、近所の方からのアドバイスや手助けをしていただく等、近隣の方との交流が生活の中で行われている。また、ダイルームを太田川が見える位置に配置し、自然や四季を感じることが出来るような工夫がされている。
「たくさんの笑顔がいただけるよう支援します」とのグループホームの理念に沿い、職員は1日に何度か笑ってもらえるよう意識して支援している。

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
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。	「原点はお客様」皆様の可能性を引き出し、たくさんの笑顔がいただけるよう支援いたします。利用者に寄り添い、第2の家族のように感じていただけるよう努めています。	年1回の会議で、理念について共通理解を深めるように取り組んでいる。日々のケアにおいては、自分で出来ることは出来るだけ自分でしていただくよう、「寄り添う・見守る」ことを大切にするようにしている。	
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。	地域の行事に、利用者とスタッフと一緒に参加したりと、少しずつ交流を図っている。散歩したり、地域のお店での買い物、また、畑を通じて、ご近所の方の指導を得たりしている。	地域行事のとんど、盆踊り、秋祭りなどへの参加はもとより、施設の庭での野菜作りにおいても、近所の方々が手伝ってくださったり、散歩時には声をかけていただいたりしている。	
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。	今後の課題として、努力しないといけない部分だと思っている。		
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。	町内会の方・民生委員・地域包括支援センターの方からの情報や意見を、事業所のサービス向上に活かしている。今年度は、目標としていた、ご家族の参加が実現できた。今後も可能な限り、実現して事業所への理解につなげたいと思っている。	今年度より、ご家族の出席も得ることが出来るようになり、意見交換が幅広く行われるようになった。手軽に使えるカラオケ機器の紹介をしていただき、導入に向けて、検討しているところである。	
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。	取組みとしては、特に積極的には行っていないが、市から案内のある研修等には、参加している。	地域包括支援センターより、運営推進会議に出席があり、定期的な情報の交換が出来ている。研修案内や文書による行政からの通達等には、滞りなく対処している。	

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
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。	身体拘束については、職員間に研修として周知している。フロア入り口の施錠と窓からの転落を防止する為のストッパーを、ご家族の了解を得てつけている。	直ぐ近くに線路、河川がある為、安全性確保の点から、玄関は施錠している。年間計画に、この項目に関する研修を入れており、全職員が実践できるように徹底している。特に言葉による拘束を避けるために、「5分待ってくださいね」など、不快を与えないように工夫している。	
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。	研修にて、理解と防止を徹底している。		
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。	研修にて学んでいる。		
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。	契約時には、ご家族の理解を得ながら行っている。また、急変時の対応など変更したいとの申し出があった場合には、早急に対応している。（今年度1件あり）		
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。	ご家族の意見には、早急に対応するように努めている。一緒に考え、可能な限りお気持ちに沿えるよう努力している。	家族より、職員の名前がわからないとの意見があり、玄関に顔写真に名前を付けて掲示している。意見箱の設置、面会時の聞き取りとしている。ご意見については、職員、管理者、本部に連絡し、可能な限り早急に対応している。	

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
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、フロアリーダー（2名）とホーム長とでミーティングしている。その後、各フロアミーティングを行っている。ホーム長、本社も参加し、スタッフからの意見も出しやすい雰囲気作りをしている。	リーダーミーティングや本部職員を交えてのミーティングなどを、定期的実施している。給与の支払日を変更して欲しいとの要望があり、月末から25日支払日へと変更した例もある。	
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。	各職員の自己評価表を半年毎に提出し、面談を行い、向上心を持って働けるような環境作りに努めている。給与水準も上がってきている。		
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。	施設内研修を定期的に行い、社外研修にも積極的に参加を促し、介護力の質の向上を図っている。		
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。	サービス付高齢者住宅との相互の勉強会などを計画している。		
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。	入所前に、ご本人とご家族と面談し、細かい部分まで聴き取りを行い、情報をスタッフに提供し、入所してから不安なく早く生活にとけ込めるよう努力している。		

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
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。	事前面談にて、ご家族の思いを聴き取り、まず、計画の中に盛り込んで安心していただけるよう、関係作りに努力している。		
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。	ご本人の思い、ご家族の思いを優先してプランに入れ、不安を安心にかえられるよう努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	同じ目線になって、一緒に話したり、笑ったりしあえる、家族のような関係を築けるよう努力している。		
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。	ご本人を中心に、ご家族との絆を崩さず、スタッフと一緒に支援している。その方の為に何が必要かを、いつも基本において支援している。		
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。	お茶の先生だった方のお弟子さんが、お茶会の帰りに寄って下さったりと、気軽に来ていただけるような環境作りにつとめている。（お茶をおだしするイスをお持ちしている）	自宅へ帰りたいとの希望がある入居者には、施設で対応することもある。面会の促しや、難しい場合は、手紙をだしたり、電話をかける等、定期的に連絡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
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。	食事のテーブル席は、ご夫婦・仲の良い方を同じテーブルにするなど配慮している。同じフロアの中で生活し、認め合えるような関係作りを支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	昨年1名の方が、緩和ケアの病院に入院後、お亡くなりになられた。奥様が入所中にあり、ご家族と共に、これまで以上に関係性を大切にして対応している。		
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。	意思表示のできる方は、個々の思いや希望を、暮らしの中に取り込んでいる。困難な方は、ご家族の思いと合わせながら、統一したケアができるよう努力している。	担当を二人にすることで、より細やかな状況把握ができている。本人の思いを家族に伝え、出来る限り、本人の希望を叶えるよう、協力を依頼することもある。	
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。	事前面談等で情報を聞き取りし、事業所の生活の中にも反映できるよう、暮らしやすい環境を整えて迎えらるよう心掛けている。		
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。	個々の居室は、その方らしい空間として自由に使って頂いている。脳トレ、宗教、新聞、花の水やりなど、自分らしくいられる時間を持つ、また、自分で出来ることはしてもらう支援している。（自分のこと、洗濯たたみ、おしぼりたたみ）		

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
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。	各担当による、アセスメントモニタリングをもとに、ご本人とご家族の思いを再確認し、ケアプラン作成を行っている。	計画作成担当者は、他の事業所と兼務している。担当スタッフと管理者と計画作成担当で話し合いプランの作成し、ケアプランの確認と承認は本人が行っている。	ケアプラン案が策定されたら、担当者会議の開催をしましょう。ご本人、ご家族に提示してお話を聞くことで、本人主体のプランとなります。チームの協力体制が強化され、信頼関係が醸成するなどの副産物も期待でき、サービスの質向上にもつながります。
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。	日々の生活の様子は、生活記録に記録し、担当は2人体制にして交代勤務のいない部分をお互いに補い、意見交換し、実践に活かしている。また、申し送りノートも2種類に分けてしている。		
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。	可能な限り対応したいと考えている。マッサージなど実施している。		
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。	近所のコンビニへ買い物に行き、本人にお財布を渡して支払をしてもらっている。以前していた事を行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。	2週間に1回、主治医の往診がある。間の週は訪問看護がある。緊急時には、受診する体制を取っている。入所前からのかかりつけ医を希望されれば、ご家族の協力のもとで受診継続することができる。細めに連携がとれるよう心掛けている。(グループホームでの様子をお伝えしている。)	隔週で協力医の往診、毎週一回は訪問看護が定期的なあり、緊急時には受診、往診の体制作りが出来ている。利用前の主治医を継続される場合は、ご家族の協力を得て受診対応をしている。	

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。	1回/月の金曜日の訪問看護時に、利用者の1週間の身体的状況をFAXにて報告している。個別に気になる部分があれば、適切な指示あるいは受診などの支援体制ができています。		
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、必ず体調やグループホームでの様子を報告している。退院前には、病院関係者とのカンファレンスに参加し、受け入れ準備の為の情報交換を行っている。		
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。	重度化や終末期ケアに関しては、ご家族や主治医、グループホームの意向を話し合い、本人にとってよりよい環境で医療あるいは介護が受けられるように取り組んでいる。（昨年1組あり）	重度化対応・終末期ケアの対応指針を定めている。主治医の判断の基、終末期の説明はご家族へすることとし、要望に応じての対応が出来るように関係機関と連携をとって対応する。昨年度は1件の看取りケアの実績がある。	
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。	緊急時の対応として、スタッフ全員に研修にて周知している。		
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。	夜間想定火災時の避難誘導を年2回、新人スタッフによる消火訓練の実施。また、水害時の避難についても、消防の方より助言や指示を頂いている。	利用者には、利用開始時に火気の取り扱いは原則しないように説明し、理解を得ている。避難訓練は夜間を含めて、年2回実施し、近隣の方へもお知らせしている。指定避難場所が遠方であることから、水害の場合は、屋上への避難が有効との助言を得ている。	

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
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。	1人ひとりの性格や日頃の生活から理解できる、そのひとらしさを把握し、ひとりの人間として尊重して対応している。	この項目に関する研修を、年間計画に予定しており、全員が理解できるように取り組んでいる。個々人への接し方についてはミーティングで共有し、統一した声かけをするようにしている。	
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。	生活の場面毎に、利用者の気持ちを伺い、自己決定ができるよう働きかけている。		
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。	可能な限り、個々のペースや状態に合わせて、おだやかに安心して暮らして頂けるよう支援している。		
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。	訪問カットやカラー理美容など、希望に応じて行っている。服がほしいとの希望があれば、衣料店に一緒に行っている。		
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。	庭の畑の野菜を収穫し、洗って切っなど、調理の下ごしらえや、時には盛り付けもお願いすることもある。節分には、恵方巻きをみんなで作りました。	季節の料理作りとして、お花見弁当と一緒に作り、出かけたり、恵方巻きを作ったりしている。また、畑で収穫した白菜で鍋料理もしている。お誕生日には希望を聞きながら、お寿司、お好み焼きなどの外食も楽しんでいる。	

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
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。	個々に合わせた、食事形態にしている。 安全に美味しく食べて頂けるよう配慮し ている。水分量については、食事、 ティータイム以外にも、居室には水筒、 また食間でも、いつでもお茶が飲めるよ うにしている。		
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。	食後に必ず口腔ケアを行っている。2F の方は全員自立にて行える。体調が良く ない時は、座位にてガーグルにて行っ 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。	個々の排泄記録をつけており、時に排便 コントロールをすることもある。1名以 外自立している。体調に合わせて、夜間 のみポータブルトイレ設置する方もお り、柔軟に対応している。	個々の排泄記録をつけることで、間隔を 把握して、夜間はポータブルトイレを使 うことで、極力オムツをしない介護をし 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。	食物繊維の多い、便通につながるもの を、下剤の代わりに使用している。散歩 に出かけたり、体操などして、便秘予防 にも取り組んでいる。		
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。	入浴拒否の方（男性スタッフに対し）に ついては、女性スタッフが対応してい る。拒否後、翌日に入りたい気分になれ ば入浴して頂いている。	本人の気分や体調を考慮して、入浴の実 施をしている。週に2回は入浴できるよ うに取り組んでいる。ゆず湯、菖蒲湯な ど、季節に応じた工夫もしている。	

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
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。	昼間は、散歩や屋上に出てお陽 さまにあたるなど、体を動かして 、夜が眠れるよう支援している。 時に困難な時もあり、柔軟に対 応している。		
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。	薬については、薬局とも連携を とり、用法や用量などの情報は いつでも共有できるようにして いる。安全に確実に内服して頂 けるよう、日々努めている。（病 状の変化は医師に報告してい 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。	利用者個々の楽しみごとや趣味 を把握し、生活の中に取り入れ 、喜びや楽しみのある日々が送 れるよう支援している。		
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。	化粧品や洋服の買い物の希望 があれば、外出支援を行っている 。家族に依頼することもある。 地元のコンビニはよく利用し ている。	歩いていける場所にコンビニ があり、天候の良い日は、散 歩がてらお買い物に行くこと もある。化粧品や衣類の買い 物要望があれば、ご家族にも 協力を依頼することもあるが 、一緒に行くこともある。	
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。	本人のお金を預ったりはしてい ないが、コンビニでの買い物 であれば、少しだけお金を持 たせて、「支払う」ということ をしてもらうこともある。		

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
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。	ご本人が希望すれば、いつでもご家族に電話するよう支援している。手紙も同様に行っている。携帯を持っておられる方もいる。		
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。	季節の花を生けてもらったり、壁面に手作りのものを飾ったりして、季節を感じてもらえるよう心掛けている。	デイルームは3方が窓ガラスで、採光、風通し、見晴らしが良い造りとなっている。ゆったりとくつろげるソファが配置しており、壁はスッキリとして、落ち着ける環境づくりが出来ている。	
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。	気の合う方同士の席の配置、また、ご夫婦の席などを配慮している。リビングに来たら、誰かが居て、話かけたり、黙っていても特に気を使わない、居心地のよい空間作りをしている。		
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。	本人の使っていた鏡台、たんす、孫やひ孫達の写真や手紙などを飾ったり、仏壇など、その人らしい空間で安心して過ごせるよう配慮している。	居室の表札は、各自の自筆で作成されている。他の部屋との間違いを防止するための目印も、好みのものが掲げている。室内は、個人の大切な品の持ち込みが可能であり、仏壇を備えている人もある。	
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。	自分の居室と一目でわかるように、入り口に写真を貼ったりと工夫している。廊下に出るとリビングが見えて、自然にみんなが集まってくる環境となっている。		

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

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 グループホームこもればの家

作成日 平成29年4月8日

【目標達成計画】

NO-1

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	10	ご家族の意見や要望が表に出ずに運営に反映されていない。	ホーム長はじめスタッフ全員で、ご家族とのコミュニケーションを積極的に図っていく。	小さなことでも意見を引き出し、早期に取り組む意見→取り組み→結果を通信紙で報告。	6ヶ月
2	20	ご家族やご家族以外の親戚、知人の方との交流を継続できるようにしていく。	ご家族への手紙を定期的に送付、継続していく。	ご家族へ2ヶ月に1回、手紙を送付し、ホームでの様子を伝えていく。	1年
3	23	本人の思い、ご家族の思いや意向をきちんと把握する。	1人ひとりの思いや、暮らし方を把握する。	本人の思いをプランに盛り込むと共に、希望の実現に向けて、ご家族と共に取り組んでいく。	6ヶ月
4	26	介護計画を本人中心に、みんなで作っていく。	担当者会議にご家族の参加、もしくは意見や意向が繁栄されるようにする。	ご家族へ積極的なアプローチをして、参加もしくは思いや意向を引き出し、プランにもりこんでいく。	1年
5	30	医師とホーム、ご家族が連携し、適切な医療を受けられる。	主治医との連携。	毎週、ホーム利用者様の状態をFAX報告。緊急時の早期の情報交換。	1年
6	1	理念の中の利用者様の可能性を引き出していく。	1人ひとりの思いや、できることを把握する。	可能性を引き出し、笑顔で暮らして頂けるよう思いや意向をプランにもりこみ実現につなげていく。	6ヶ月
7	5	市や区との連携をとっていく。	情報交換。	運営推進会議の報告書を区の窓口到手渡しで持っていく。(継続していく)	1ヶ月

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。

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームこもればの家

作成日 平成29年4月8日

【目標達成計画】

N0-2

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
8	2	地域とのつながり。	地域の行事への参加。	地域の行事への参加だけにとどまらず、少しずつ地域に貢献できることも考えていく。	1年
9	4	運営推進会議での意見をサービス向上に活かしていく。	入居者様とご家族の参加を可能なかぎり行う。	地域、ホーム、ご家族の意見交換が幅広く行えるようにしていく。	1年
10	6	身体拘束に関する、具体的な行為を正しく理解していく。	身体拘束のないケア	研修にて全職員が実践できるようにしていく。	1年
11	54	本人の使いなれたものを持ち込んで安心して暮らせる工夫。	居心地の良い空間作り。	今後、入居される方にも、引き続きご家族に伝えていく。	1年
12	11	意見や提案をしても結果どうなったのか、わからないものがある。	職員からの意見や提案を出しやすい雰囲気作りをしていく。	ミーティングなどで職員の意見や提案を継続して聞いていく。	1年
13	33	本人、家族の思いと医師、ホームと話し合いをしながら決めていく。	情報を共有し、医師、家族、ホームとで本人にとってよりよい医療・介護が受けられるようにしていく。	状態の把握と今後の状態の変化の予測をしていき、家族と医師、ホームとで細かいところの話し合いをする。	1年
14	36	人格を尊重し、プライバシーを確保した対応をしていく。	ひとりの人間として、尊重していく。	お1人おひとりを理解し、対応の仕方など統一したケアが出来るよう情報共有していく。	1年

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。

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームこもればの家

作成日 平成29年4月8日

【目標達成計画】

N0-3

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
15	40	片付けなど、出来ることはしてもらう。	食事を楽しくおいしく活力となるようにしていく。	食事を楽しむ支援を継続して行っていく。	1年
16	43	排便コントロールをすることで失敗を減らしていく。	お1人おひとりの排泄パターンをつかんでいく。	記録をつける。腸内環境で整えることから、少しずつ排泄の自立へむけて支援していく。	1年
17	45	入浴に変化をつける。	入浴で季節を感じる。	ゆず湯、菖蒲湯なども、どんどんしていく。入浴剤の導入。	1年
18	49	戸外に出られるよう支援していく。	安全に散歩などの外出支援を行う。	季節も良くなり、外出支援をひんぱんに行っていく。	6ヶ月
19	52	安心できる場所となっているか。	安全・安心して共有空間が利用できる。	車イス、歩行器の置き場所に配慮し、安全かつ、いつも誰かがいてくれる安心な空間にしていく。	1年
20	35	災害対策。	火災以外の災害時の訓練も行う。	半年に1回の消防訓練の实地（夜間想定）他の災害時の訓練も行っていく。	1年
21					

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。