（様式１）

１　自己評価及び外部評価結果

作成日　　平成　３０　年　６月　１４　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		
自己評価作成日	平成30年5月7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=3490200312-00&PrefCd=34&Versio

【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６月１４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）】

建物は大きな倉庫をリノベーション、天井が高く、吹き抜けがあり、解放感があります。
法人の「やさし心迷ったり探さぬようそばにいるよ」事業所の、「ありのままのあなたを受け止めて、そっと寄り添う」を理念とし、実践へ努めています。
近年入居者９人の介護度が高くなり、身体的ケアが占めています。その中、お一人づつの「私の暮らし」を尊重し、入居の9人の個別の過ごし方を支えています。

【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、周りは住宅街で環境はお穏やかで生活感あふれる状況に位置している。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、日常生活を送る事が出来るよう配慮し利用者が真実願っている事に一つでも多くの明かりが灯せるよう、安心して安らぎと喜びのある生活の中で、お互いが笑顔で「優しい心、迷ったり探さぬようそばにいるよ」の気持ちを伝えあえる日々を過ごして頂けるよう自立した生活が営めるよう支援している。理事長、管理者は、外部研修の機会の確保や内部研修を充実されると共に、年2回の全体会議や毎日の朝夕の申し送り時に職員の意見や要望を聞いており又、理事長はフェースブックで職員と意見交換をする等、意見や提案を運営に反映させている。地域との交流の場「地域食堂」を設けたり、「古田のママの会」「カフェ万葉の和」にも積極的に参加し地域との交流を盛んに行っている。

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。	「優しい心、迷ったり探さぬようそばにいるよ」の理念の元、その方の背景や生活歴、そして今を踏まえて、その方らしい居場所作りを実践している。	理念「優しい心、迷ったり探さぬようそばにいるよ」を玄関口に掲示し、管理者・職員が共に大切にし、事業所内ばかりでなく地域の関係強化を図るように取り組んでいる。職員は利用者との交流を大切にし、お一人おひとりの思いやペースに併せた支援に努めている。	
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。	町内会の一員として、回覧版を回し、町内会費を払っている。昨年は、ふれあい広場、町内運動会へ参加した。	町内会に加入しており、回覧板が回って来る等、地域の情報を得て、町民運動会に参加したり、庚午みこしに職員が参加し交流している。又、社会福祉協議会の行事に職員が手伝いに行ったり、町内会の餅つきに参加している。町内会の方からお皿やウエス等頂き交流している。	
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し、認知症サポータ養成講座、隣接の地域交流広部では、2回/週「地域食堂」毎第4火曜日は認知症カフェ「オレンジカフェ」を開催している。		
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水曜日に開催。地域学区社協の会長、推進委員、民生委員、町内会長、地域包括支援センター等の参加がある。「地域の一人暮らしの方が○○でこの組織へ繋いだ」等の情報が出る。	運営推進会議には地域学区社会福祉協議会の会長・民生委員・町内会長・地域包括支援センター職員・地域有識者・管理者・職員等が参加して、利用状況・地震防災・地域の催事やボランティアの情報・行事の実施状況等、報告して意見交換し運営に活かしている。	
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。	運営推進会議の案内、生活保護課との連携、介護保険更新書類の提出等関係作りへ努める。	市担当者とは利用者の利用状況を伝えたり、書類の提出、市の説明会に出向いて情報交換をして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は、運営推進会議で情報交換して連携を図っている。	
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。	研修へ参加し、職員全員へ伝達講習し、理解を深めている。現場の困難事例を出し、「緊急時は」の想定も検討する。2か所のドアは開錠している。	職員は、身体拘束の弊害に関する外部研修会に参加し、資料を基にして内部研修を実施し、身体拘束の具体的な行為の把握に努め、身体拘束の無い介護支援に努めている。マニュアルと止むを得ず身体拘束を行う場合に備えた書類を整備している。玄関は施錠をしないで、外出したい利用者には、職員が一緒に出かける等、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについては管理者が気づいた時には指導し、職員間でもお互いに注意し合っている。	
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注意を払い，防止に努めている。	研修へ参加し、職員全員へ伝達講習し、理解を深めている。不適切ケアのグレー部分は状況を判断しながら、ミニカンファレンスで協議する。		

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。	制度について研修の時間をもち、家族からの質問、相談へ応じる。		
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。	契約時わかりやすい表現を選び、例をもとに説明する。「ここまでで質問はないでしょうか」を、添える。		
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。	毎年11月に家族会を開催し、暮らしの様子をスライドで紹介、要望等を聞く時間を持つ。昨年度は利用者9名の皆さんの家族計22人が見えた。	利用者の意見は日常の会話の中で聞き、家族の意見や要望は面会や電話連絡時、家族会で家族一人一人から聞くほか、意見箱を設置して把握し、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。	管理会議の内容を踏まえ、定例の職場内部会で法人の課題や今月の動向を確認している。2回/年の法人の全体会議を開催している。	管理者は職員から毎日の朝夕の申し送り時に、意見を聞くと共に出される意見と、日常業務での意見を聞き、運営に反映している。法人主催の年2回の会議でも職員から意見を聞いている。理事長とはフェースブックでの意見交換も行っている。	
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。	法人の総務担当が中心となり、整備している。全体会議、管理会議で現場の声を出している。		
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研修計画、アセッサー制度からのケアの振り返りを実施している。		
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。	外部研修会での交流、意見交換		

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。	入所が確定した時点で本人、もしくはキィパーソンへ見学へきてもらい、心配や不安な点が解消出来るように時間を持っている。		
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。	入所が確定した時点で本人、もしくはキィパーソンへ見学へきてもらい、心配や不安な点が解消出来るように時間を持っている。		
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。	入所前の生活状況の情報を得、本人、キィパーソン、ご家族はもとより関係する多職種と連携している。		
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。	入所後は、共に暮らす同士で、食事作り、洗濯等の生活やテーブルを囲み、一緒に食べたりの時間を共有する事から、関係作りをしている。		
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。	月１回のご様子の報告の手紙や来所時は管理者が直近の状態を伝え、生活ぶりを知ってもらっている。		
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。	かかりつけの主治医の病院の受診、参加していたサロンへの引き続きの参加、の支援をしている。	家族や友人の面会を歓迎し、明るく丁寧な対応をし、気軽に訪問して頂ける環境作りをしている。ディサービスで一緒だった人が訪ねて来たり、家族と墓参りに行ったり、安心して外泊や外出を楽しめるよう、家族との情報共有を密にしている。	
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。	集う場の食堂で席の配慮や別室や玄関わきの椅子でのおしゃべりの提供をしている。		
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。	法人から活動のニュースレターを出している。		

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。	一番に読む新聞記事の取り出し、食後は必ずコーヒーが飲みたいの具体的な事、表示が困難な方は動作や表情で推測している。	利用者とは、丁寧な会話で利用者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、望んでいる事を理解出来るよう努めている。	
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。	おやつは堅いせんべいが好き、熱い湯へ入る、夏でも暑いお茶がいい等ささやかな暮らしを見つめて支えている。		
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。	引き継ぎ時の状態把握から、その日の過ごし方の修正、個別性で変化している。		
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。	作成担当が経過シート、モニタリング、アセスメントを繰り返し、関係者との会議を持ち、プラン作成している。	計画作成担当者と利用者を担当している職員を中心に、ケアカンファレンスを行い、本人や家族の思い、医師の意見、管理者（看護師）、職員の意見等を参考にして話し合い、介護計画を作成している。モニタリングを実施し、年1回の見直しをしている他、利用者の状態に変化がある時はその都度見直しをし、現状に合った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。	経過ｼｰﾄへ記入、排泄表も活用し、引き継ぎ時の生の声を聞きプランへ活かしている。		
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。	併設の交流広場、地域のサロンの参加等、個人の希望をインフォーマルなサービスの利用へつなげる。		
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。	地域のサロンへの参加、 併設の交流広場でのカラオケ、合唱サークル、子育てサークルの餅つき会等個別の希望の参加をして言る。		
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。	入所時の主治医の選択時、今までのかかりつけの医師か、受診するか、訪問診療とするか、本人、家族の希望を優先し、可能な限りその選択へ添っている。入所前に挨拶へ伺い、関係を深めている。	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。かかりつけ医は2週間に1回と1週間に1回の2パターンの往診があり、訪問歯科は1週間に1回往診がある。それ以外の医療機関の受診時には家族に口頭で状況を伝え、家族の協力を得て支援している。受診結果は業務日誌に記録し職員間で共有している他、必要に応じて家族に報告している。	

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。	入浴、更衣、排泄時の身体的気付きを看護師へ報告、判断を仰ぎ、共にアセスメントし、処置やケアを検討している。		
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。	主治医を通じ、入院先の担当医師、退院支援室と連携し、訪問、会議への参加をしている。		
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。	入所時、状態変化時、重度化した時点でそれぞれ指針の確認を取り、文書へ残している。関係者の合意があれば看取りも可能であること、職員の学習を行っている。	契約時に、「重度化した場合における対応にかかる指針」で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」で説明し、看取りを行っており、家族との連絡体制や医療連携等、実際に重度化した場合は、家族や主治医、関係者で話し合い、入院や移設、看取り等、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。	「いつもと違う」とサインを察知する学習、主治医への報告の学習等で力を付けている。		
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。	年2回消防訓練を実施。夜間一人職員であり、その時間の想定が多い。消防署担当者指導の水消火訓練は入居者や地域交流広場参加者も参加する。	消防署の協力を得て年2回、昼夜の火災を想定した通報訓練、避難訓練、避難経路の確認、消火訓練を職員・利用者も参加して実施している他、水消火器による消火訓練や煙の発生した場合の体験や土砂災害についても訓練を実施している。	
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。	基本的人権の尊重を学び、個人の根底の思いを確認、対応へ努力している。	お一人おひとりの人格を尊重し、声掛けに対しては常に気を配り、生活歴を念頭に置き人生の先輩として誇りや尊厳を傷つけないよう、プライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。もしも、そういった行為があればその都度、管理者が注意をしている。個人記録の保管や取り扱いにも注意している。	
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。	重度化の入居者が多く、表情や態度、動き、口調等の変化を見出し、職員側から察知するよう支援している。		
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。	複数職員の介護が必要な重度化した入居者が多く、個別のペースは身体的なそれとなっているが、希望を察知し支援している。		

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
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。	離床後の整髪や着替え、化粧水、乳液、ハンドクリームを使う、髭剃り等身だしなみの整え、おしゃれの体感を、個別で対応している。		
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。	食事が楽しい時間となるよう個別で対応している。副食を刻む、ミキサー状にする、蒸すからさっぱりした献立にする、薬味が苦手な人、咀嚼力が弱い方への食事形態等。	朝・昼・夜共に3食職員が交代でメニューを考え、食材の買い出しに出かけ作っている。利用者の好みや季節感を大切にした献立を立て、利用者の状態に合わせて形態の工夫をして提供している。利用者は食材の買い物・テーブル拭き、食事の挨拶、食器洗い等、出来る事を職員と一緒にしている。利用者と職員は、同じテーブルを囲んで会話をしながら、同じ物を食べている。	
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。	排泄記録表から、水分量、種類、食事量を把握、一日を通じての摂取量目安に支援している。		
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。	毎食後洗面所で所有の歯ブラシを使い、口腔ケアを実施。個別対応として、全介助、見守り、専用のスポンジを使い磨き残しの無いようサポートする。		
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。	気持ちのいい排せつの為、排泄記録表、食事水分量、表情、イライラ落ち着かない動き、下剤使用の状況等でトイレ誘導の支援をしている。	排泄表に記入し排泄パターンを活用して、お一人おひとりの排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行い、排泄の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。	排泄記録表、薬内服状況、食事水分量の把握から、定期的な日中の排便のため、温罨法等取り組んでいる。		
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。	基本週2回以上の入浴（シャワー浴）を実施。排泄後すぐ保清が必要、今日は入りたくない、外出で大汗をかいたので、入らせて等予定外の対応を出来るだけ取り入れ、柔軟な受け入れをしている。	入浴は基本週2回以上、お一人おひとりの希望や体調に合わせて入浴出来るように支援している。状態に応じてシャワー浴、足浴、清拭で対応している。入浴したくない人には無理強いしないで、時間や順番の変更、職員の交代、言葉かけの工夫をして、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。	自室での昼寝、リラックスルームでの休憩や就寝時間も個人の状態から個別対応をしている。日付けが変わる頃自室へ入る方、しばらくテレビを観ている方、夕食後寝てまた、食堂へ出る方等各自の睡眠状況へ応じて支援している。		
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、薬剤師の指導を受け、薬情報と内服用法を個別で管理している。軟膏類は皮膚状態を見ながら、看護師、主治医へ報告する。		

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。	洗濯物畳み、洗濯干しが得意な入居者（実家がクリーニング屋を営んでいた）と共に行い、役割を持ってもらう。		
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。	「晴れているから外の空気を吸いに行こう」と、外気浴を中心に、支援している。サロン利用時の帰りにジュースを飲んだり、好物を買ったりの楽しみを支援をしている。	各利用者のレベルに添った外出支援・散歩等、柔軟に取り組めるよう努めている。花見に近所の公園に出かけたり、絵画を見に行ったり、コーヒーショップに行かれコーヒーを楽しまれている。家族の協力を得て、自宅への一時帰宅、買い物（スーパー・ショッピングセンター）、外食、法事への出席、墓参り等、外出を支援している。	
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。	外出時のジュース、御菓子代を預け、支払ってもらうよう支援している。		
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。	娘さんや世話になった方への手紙を預かったり、東京の息子さんからの電話を受け応じる支援をしている。		
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。	居室のドア、入り口の廊下の色を変えており、自室の部屋の再確認が出来る。食堂の窓からは明るい日が入る。	共用空間は天井が高く、窓から自然の光が差し込んで明るく広々としており、窓から見える中庭に季節の移り変わりを感じる事が出来る。季節の花を活けたり、壁面にはカレンダー、行事の案内等を掲示している。リビングにはイスとテーブルとテレビを配置し、利用者が思い思いに過ごせる居場所作りをしている。対面キッチンからは、ご飯の炊ける匂いや食事の準備や後片付けの音が聞こえて、家庭的な雰囲気を感じる事が出来る。温度、湿度、換気、音、明るさ等に配慮して利用者が居心地よく過ごせる様な工夫をしている。	
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。	リラックスルームを使い、家族の来所時の語らい、昼食を一緒される。個人では、喧騒から逃れる、昼寝をして遅い昼食を一人でとる等個別での時間を使っている。		
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、照明、カーテン等馴染みの生活品で、自分のおうちを作ってもらう。	テレビ・仏壇・机・椅子・箪笥・小ケース・衣服・帽子・温湿度計・縫いぐるみ・人形・本・雑誌・衣装掛けスタンド・花等、本人が使い慣れた物や好みの物を持ち込み、自分の作品（折り紙細工・塗り絵）、写真を飾って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。	トイレ浴室の手すり、ドアノブ、アコーディオンカーテンで自立を助け、ADLを維持す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　古田のおうち
作成日	平成　30 年　6 月 14 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	仕組みを現場の実務へ活かしていない	仕組みの理解、個人目標との連動	勤務時の短時間の面談	６ヶ月
2	27	身体的ケアへ比重が大きくなり、思いの表出が弱い	ケア実施時のコミュニケーション	2回/日の引継ぎ時の振り返り	６ヶ月
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。