

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1192300091		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	サポートセンター広沢 グループホーム広沢		
所在地	埼玉県和光市広沢1-1		
自己評価作成日	平成28年1月10日	評価結果市町村受理日	平成28年3月22日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9		
訪問調査日	平成28年2月22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)】

①日常生活の中で、残存機能を活かし自立に向けた支援を行っている。 ②利用者一人ひとりの意思を尊重し、活躍の場を提供している。 ③毎月季節感のある行事を取り入れ、保育園への参加呼びかけも行っている ④訪問看護を導入し、利用者の体調管理と早期対応を行い、医療連携を強化している ⑤理念をもとに、職員一人ひとりが支援している。
--

【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)】

●今年度より毎月、職員による個々の反省や自己評価がなされており、全体にフィードバックできるよう職員会議等にて意見交換に取り組んでいる。またミニ研修を行い、サービス提供の振り返りもなされている。 ●うわべだけの支援や通り一遍の方法では共同生活は成り立たないことを認識している。利用者それぞれと厚い信頼関係を構築できるよう各職員が検討模索しながらケアに取り組んでいる。 ●利用者同士の関係性が構築されており、食事中楽しい会話が聞こえる。ボランティアの活用・丁寧な入浴支援・利用者の意思を尊重した私物の持ち込み・食事の手伝い等々随所に丁寧かつ工夫した支援が見られる。
--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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 (参考項目:9,10,19)	○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○ 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	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 (参考項目:2,20)	○ 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
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○ 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
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 (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 利用者の1/3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 (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3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2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々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 (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	掲示し、職員一同が意識を高めあい支援している。また、目標も掲げ、職員の目に留まるよう掲示している。	「ゆとりをもって」・「楽しく」・「笑顔で」を目標として掲げ、いつでも見られる場所に掲示している。目標を設定してから3年目を迎え、職員への浸透を実感しており、職員会議や日々のケアの中で継続して指導し続けている。	
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	近隣からボランティアの受け入れや、保育園等との交流を図っている。	傾聴・体探など地域のボランティアの来訪は、利用者の笑顔や残存能力を引き出すことに一役を買っている。併設の小規模多機能型居宅介護や地域交流スペースの活動にも参加するなど複合型施設の利点も活かされている。	
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	ご家族の相談時、認知症の人の理解や支援の方法をお伝えしている。また、うるかむ事業のサポーターの方にもお伝えしている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り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	開催後、ミーティング時に報告し、いただいた意見等サービスに繋げている。	併設の小規模多機能型居宅介護と合同にて定期で開催がなされている。利用者の状況と状態、行事の報告や多様な参加者による意見交換等がなされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	ケア会議では、包括と連携し利用者の現状報告を毎月市役所にしている。	窓口への訪問・運営推進会議への招待等により関係構築を図り、報告や相談事項に対してアドバイス等を受けている。地域ケア会議を通して関係機関と協働した最良の支援に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	マニュアルを閲覧できる場所に置き、職員間で連携を密にしている。	管理者は「職員間の情報共有」・「利用者への観察と確認」を重要と捉え、職員への指導に取り組んでいる。行動や持ち物についても丁寧な見守りにより利用者の意思を尊重した生活となるよう努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	マニュアルを閲覧できる場所に置き、ミニ研修を行っている。入浴時や利用者が外泊し帰宅した際、ボディチェックを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	日常生活自立支援は、個々の利用者のケースから学んでいる。成年後見人制度については、利用者の半数近くが利用している為、学ぶ機会があり、活用できるよう支援も行っている。		
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	入居時に契約書、重要事項説明書にて説明し、ご家族の話を伺いながら同意を得ている。		
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なら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	事業所内に意見箱を設置している。利用者の話に耳を傾け、ご家族の意見も職員間で共有し、話し合いを行い反映に努めている。	後見人に対しても家族と何ら変わらぬよう情報の提供に取り組んでいる。面会や運営推進会議時には要望の聴取や意見交換に努めている。	利用者の重度化が進んだ場合、能力や機能への認識が家族と乖離していく恐れがある。事業所通信の発送など工夫がなされている中、継続した取り組みが期待される。
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	ミーティング時に意見をだしていただいている。また、一人ひとり職員に意見や提案をだせるよう機会をみながら聞き、反映している。	今年度より毎月職員による業務の振り返りがなされており、個々の反省や自己評価を全体にフィードバックできるよう職員会議等にて意見交換に取り組んでいる。	
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	職員の声に耳を傾むけ、職場環境・条件の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	ミニ研修をミーティング時に行い、外研修については、職員に参加を勧めていきたい。		
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作り、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り組みをしている	月1のミーティング時に行っているケース会議等で質の向上に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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 サービスを導入する段階で、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	ご本人の不安等を話しの中から汲み取り、居担をつけることでより傾聴する時間が増え、要望、不安な事を職員間で共有し、安心できるよう関係づくりをしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	計画作成者が家族の悩み、不安をお聞きしこれからの対応等を担当者会議とし、職員に伝え共有している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	グループホーム以外のサービスを含めた対応の説明をし、支援している。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共同生活の中で、個々の力量にあわせ行っていたきながら関係を築いている。		
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おかず、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	ご家族の面会時に最近のご様子を細かくお話し、利用者様と家族の面会の時間を大切にしている。		
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	家族、友人がいつでも面会ができるよう環境づくりに努めている。	家族等これまでの関係を大事にする一方、併設の地域交流センターやうえるかむ事業にて来訪される地域の方々との新たな交流も支援している。	
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	ひとりになりたいという利用者には、強く強要せず、なるべく皆が居るフロアで過ごせる様にしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	関係性を大切に、フォローし相談や支援をしていきたい。		
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	日常生活の中で、会話などから利用者の希望をくみとり、困難な事にたいしてはカンファレンスを行い、職員全体で考え話し合いをしている。	入居時およびケアプラン更新の都度アセスメントが実施されている。職員以上の存在として信頼関係を構築し、利用者の意向を把握するよう取り組んでいる。	
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、包括からの情報をいただき生活歴等把握に努め、ご本人からも伺いアセスメントにて支援に努めている。		
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	ケース会議をミーティング時に毎回行い、職員全全体が把握に努めている。		
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	更新時や利用者の状態の変化があった場合、担当者会議を開く等し、職員に報告後意見等だしあう。また、計画書作成前アセスメント表に職員全員が記入してもらい反映している。	「職員全員からの意見・認知症評価スケールを活用したモニタリング・家族からの要望」を踏まえケアプランが作成されている。担当者は日常生活の中で役立ち、楽しみや出来ることが増える計画となるよう策定に取り組んでいる。	
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	介護経過記録を利用し、職員間で情報を共有しながら実践し、介護計画に活かしている。		
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	利用者のご家族の状況に応じ、適したサービスを取り入れ、支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ボランティアの導入や公共施設との関わりを大切にし、楽しめるよう支援している。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	担当医は、ご家族と利用者の希望に沿っている。また担当医からの情報を必ず受け、事業所からも情報の提供をしている。	日常の様子や健康状態についての資料を作成し、医療機関に提供するなど情報共有に努めている。協力病院に限らず希望する受診ができるよう家族と連携しながら支援にあたっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	訪問看護を導入している。週2回の訪問時に利用者の状態を報告し、看護師から指示を受け、医師へ利用者の細かな状態の報告をしていただき連携し支援している。		
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、又、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。あるいは、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。	ご家族を通して、入院の準備と対応を行い、病院の相談員へ連携を取れるよう早急の対応に努めている。		
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	入居時、利用者、ご家族から重度化や終末期のお話をさせていただいている。利用者の身体状況により、その都度、担当医とご家族が相談できる機会を提供し、立会い、情報を共有している。	協力病院・訪問看護と連携し、終末期の支援に取り組んでいる。「事業所でできる支援・家族への協力依頼」について説明をし、理解と協働を進めながら取り組んでいる。	
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	急変時の対応マニュアルを閲覧し、緊急体制を整えている。また、ミーティング時に職員全員が対応できるよう周知している。救命講習を受けている。		
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	防災管理者による周知徹底と、消防法に基づき年2回の消防避難訓練をおこなっている。	併設の小規模多機能型居宅介護との連携をはじめ、夜間営業をしている近隣店舗に協力をお願いするなど防火管理者を中心に万一の事態に備えるよう取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	職員の声かけ等に気づきがあった場合、互いに注意しあえるよう職員に周知している。ミニ研修を行っている。	うわべだけの支援や通り一遍の方法では共同生活は成り立たないことを認識している。利用者それぞれと厚い信頼関係を構築できるよう各職員が検討模索しながらケアに取り組んでいる。	
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	会話の中から、自己決定できるよう働きかけるようにしている。		
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、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	その日の体調などに留意し、その日にできそうな事をペースにあわせ日々過ごせ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	訪問美容を利用し、利用者から希望を言っただけでいい。また、衣類等買い物時には、利用者の好みの物を選んでいただき購入するなどしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みをメニューに反映し、食事準備等共に行っている。白菜漬けやぬか床も利用者の希望により行っている。	利用者それぞれにできることを見出し、生活の一部として食卓が囲まれている。職員が間に入りながら利用者同士の掛け合いも楽しい食事風景となっている。	
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	管理栄養士のメニューを一部取り入れながら提供している。また、利用者の身体状況で水分量や食事形態もその時に応じた対応をしている。		
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、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	食後の口腔ケアは徹底している。また、訪問歯科を導入し、指示をうけケアに繋げている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	職員の排泄担当者が、居室担当者や職員からの意見やアセスメントを行い、利用者の自立に向けた支援をしている。	利用者の意思を尊重し、それぞれの方法で自立した排せつとなるよう支援に努めている。家族と相談し、状況や状態を考慮しながら装具についても都度検討している。	
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	経過記録に日々の排便チェックを確認し、状況をみながら工夫をしている。また、担当医や訪問看護師に相談し、指示を受け対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日は指定している、その日の身体状況や利用者の気分にあわせ支援している。	併設の小規模多機能型居宅介護には機械浴が設置され使用ができるものの、ホームの家庭的な個浴にて入浴が楽しまれている。滑り止めのマットを敷くなど安全対策にも注力している。	
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	利用者のリズムを把握し、個々が安眠できるよう日中の活動も習慣化できるよう支援している。		
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	経過記録に利用者の内服薬をファイルし、職員に周知している。また申し送り等利用し周知している。		
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	年間行事を計画し、利用者と共に準備段階から行っている。		
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。又、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	利用者個人の買い物の同行したり、ご家族の面会時には、戸外への働きかけをしている。	花見やピクニックなど全利用者による外出が実施されている。近所への買い物や散歩など利用者の能力や気候を勘案しながら外出に取り組んでいる。	全体での外出が難しくなっているため、個別外出を増やしていくよう思案している。管理者は職員のアイデアともう一歩の勇気に期待をしており、支援とフォローにより様々な外出が実現することが期待される。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	買い物同行時は、利用者に支払いをいただいている。		
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	利用者から希望がある場合、電話や手紙ができるよう支援している。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 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	フロアのソファ等空間を考え配置し、刺激がないよう工夫している。	季節の飾りをするなど工夫がなされており、清潔かつ明るいリビングとなっている。部屋にこもる利用者に対してはレクリエーションに誘うなど皆で寛ぐ時間を楽しめるよう取り組んでいる。	
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	利用者同士が話しやすいようソファを中央に配置し、独りになれる空間も工夫している。		
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	入居時に、利用者のご家族の希望のものを搬入し、配置していただいている。	利用者が思い思いに過ごすことができるよう一律に禁止することなく使い慣れた物を持ちこんでもらっている。制作活動に集中したり、休んだり自由な生活が確保されている。	
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」「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	行動を制限しないよう自由な空間を用い、安全に配慮している。キッチンや脱衣所は一般家庭同様になっており、利用者の安全に配慮しながら自立できるようになっている。		

(別紙4(2))

事業所名 : サポートセンター広沢 グループホーム広沢

目標達成計画

作成日: 平成28年3月16日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	10	利用者の変化により、身体機能等の理解がご家族と乖離しつつあり、ご家族の不安とともに、職員に対する不信感が生まれる。	気軽にご家族から意見や相談が受けられ、必要なサービスや助言が行なえる体制作り。	①スキルアップの内、外研修 ②個別担当者の意識改革 ・学びを組織全体で共有し、サービスや助言に活かす。 ・利用者、ご家族のニーズの把握と即した対応と支援。	12ヶ月
2	49	外出頻度が少なく、外部との接触ができていない。	日常生活の変化。	①個別担当者の支援計画の強化 ②その日の状況に応じたアクティビティの計画と実行 ③自治会への参入	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月