

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	1170800898		
法人名	ケアサポート株式会社		
事業所名	グループホーム ケアサポートこしがや		
所在地	越谷市東越谷6-87-1		
自己評価作成日	平成29年11月10日	評価結果市町村受理日	平成30年1月12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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成29年11月28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)】

住宅街の中にあり、比較的静かな環境の中に立地している。そのため、散歩なども安全に行うことができている。
 近隣にお店もあるため、散歩をしながら買い物に出かけたり、外出に出かけることができている。
 日曜日には施設内のデイルームにてカラオケをしたり、ボールや機械を使った体操等を取り入れ下肢筋力の低下防止に努めている

【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)】

- 一人ひとりの利用者をもっとよく知りたいと居室担当者を再編成され、利用者との距離感を大切にしながら、自分の思いを言葉で伝えることができるように支援をされている。共に支え合い、利用者が心地よく過ごせるように取り組まれている。
- 運営推進会議では、ビデオやグループホーム新聞などをご覧いただくなど工夫しながら「充実したサービス」に向け、意見交換が行われている。いただいた情報は外出支援や地域交流など利用者のサービスに活かされている。
- 目標達成計画についても、家族や地域の方々に運営推進会議の参加依頼を出されたり、行事の際に呼びかけを行うなど努力をされており、また、併設の事業所と合同で避難訓練を実施され、訓練の終了までの時間を計測し確認されていることから、目標が達成されている。

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広がったり深まり、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、安心して暮らしている (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	「その人らしく、ゆったり、のびのび」という理念をもとに、会議などを通して共有できるよう努めている。	利用者一人ひとりが、心地よく過ごせるよう行動を制限せず、自分の言葉で伝えられるように支援をされ、一人ひとりのペースを大切にケアが実践されている。	
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	日ごろから、近所の散歩や買い物、外食などの外出を行い、積極的に地域へ出向いている。また、自治会の行事や隣接する小学校との交流する機会を設けている。	小学生の来訪のほか、夏祭りや敬老会、クリスマスなどイベント時には、尺八やフルートのボランティアが来所され、交流を楽しまれている。また、市内のグループホーム連絡会のメンバーと地域向けの認知症研修会が企画されている。	
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	運営推進会議やボランティアの方々と接する際に情報を提供し交流している。		
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	運営推進会議では、日々の報告をすることとともに、地域の行事など情報の共有に努めサービスに生かせるように努めている。	参加者には、グループホーム新聞やビデオで行事の様子や利用者の日常を報告されている。いただいた情報で絵画展に行かれるなど、サービス向上に向けた話し合いが持たれている。	
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	サービスの内容や事務的な事など担当者の方と関わる機会をつくっている。	市からは講習会や認知症ケア勉強会などの案内をいただき、できるだけ参加を心掛けている。また、市に向いた際には、事業所の取り組み状況や利用者の様子を報告し、顔の見える関係作りに取り組まれている。	
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	拘束廃止委員会の設置やケース会議を通して拘束をゼロに出来るように取り組んでいる。	身体拘束がいけない理由を職員間で話し合わせ、不穏な利用者への具体的な対応方法を検討されている。利用者のその日、その時の行動を詳細に記録し、そこから、「何がしたかったんだろう？」と掘り下げて、職員間で話し合われている。	
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	日常的にご入居者様の身体のチェックを確実に行い、特変があれば、情報を共有し原因追究に努めている。		

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
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	権利擁護などの勉強会に参加する機会を作っている。また関係機関など交流できるようにしている。		
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	契約や解約を行う時はその為の時間を設け、直接意見を交わせる機会を作っている。また、改定時も同様に内容について説明する場面を作っている。		
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	来所されるご家族様と積極的にコミュニケーションをとるように努めている。また、年に一回CS調査を行い、集計したものを掲示している。	家族の要望に耳を傾け、足が浮腫むので、できるだけ動かしてほしいとの話には、スクワット運動を実践されたり、字を書かせてほしいとの希望には習字を取り入れられている。また、利用者とは日頃の様子から、外食や外出支援にも繋がられている。	
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、会議を行い意見交換を行っている。	行事では、毎年話題になっていることを取り上げ、マンネリ化を防がれ、パンダ体操や、栄養補助食品を取り入れるなど気づいたことは即、話し合わせ業務改善に活かされている。また、夏には職員の発案で、利用者全員で外食に出かけられている。	
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	日々コミュニケーションをとっていくとともに、管理者からの話をもとに情報を集め各スタッフに配慮している。		
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	内部でも積極的に研修を行っている。また外部で行われる研修の情報を通知し、スタッフが参加できるように機会を設けている。		
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	グループホームだけに限らず、他のサービスのスタッフとの交流や見学出来る機会を作り自施設の質が向上できるような機会を作っている。		

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
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	日々、スタッフに対する要望にこたえられるように努力していくとともに、ご本人が不安に思っていることに耳を傾け安心した生活が出来るように努めている。		
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	面会の際など、積極的に声をかけ些細なことでも話して頂けるような関係作りに努めている。		
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	初期段階で実態調査を行うことにより現在必要としているニーズ把握に努めている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	残存機能を大切にし、生活動作の中でご本人様上が出来ないところのお手伝いを行うようにしており、ともに助け合っている。		
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	ケアに関しては、ご家族様と話し合いのもと決めていき、協力して頂きながら対応策を考えている。		
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	ご友人などの面会は積極的に受け入れ、また、ご本人が行っていた習い事や日課は継続できるように対応している。	以前住んでいた周辺の散歩や、自治会の催しに参加され、知人・友人と再開し喜ばれている。また、退所された家族がお菓子を持って来訪されることもあり、新たな馴染みも築かれてきている。	
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	人間関係を把握したうえで、利用者様同士がうまく共同生活を送れるようにサポートしている。		

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	退所後にも、継続的に連絡を取りその方の状況を把握できるように努めている。また、いつでも相談して頂けるような環境を作る。		
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	日常生活の中で希望とされていることを把握しながらケアにあたっている。	利用者一人ひとりの楽しみを見つけることを心掛け、その人のペースや習慣としてきたことを尊重し接している。認知症だからと意識せず、距離感を大切にしながら、個々が望む暮らしが続けられるように努められている。	
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	実態調査でご本人の生活について確認し把握している。		
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	ご入居者様の日々の様子を記録として残し情報を共有している。		
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	ケアプランを作成していくうえで、ご本人・ご家族の意見を反映しながら作成している。	利用者一人ひとりの様子は日誌で確認し、居室担当者を中心に要望や課題を話し合わせ、主治医や看護師等のアドバイスも取り入れ介護計画が作成されている。	
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	定期的なモニタリングや会議などで状況を把握しケアプランを見直している。		
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	可能な限り柔軟に対応できるよう努めている。		

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
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	その方にあった地域資源を活用していき、より良い暮らしが提供できるように努めている。		
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	契約の際に、かかりつけ医について選択して頂いている。	受診は家族対応を基本とされているが、定期検診や体調変化時には職員が付添われることもあり、受診時の情報は日誌で共有されている。家族へは電話や手紙で報告がなされ、「とてもありがたい」と感謝の声が寄せられている。	
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	週に一回の訪問看護にて相談するとともに、日常的に相談できる体制をとっている。		
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。	訪問看護や往診の際など、ご入居者様の状況を確認している。		
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	ご本人の状況について、その都度確認しご家族様と情報を確認するようにしている。	「看取り指針」はあるがまだ経験がなく、終末期に対する職員の意識を高めたいと、知識の習得に向けた取り組みを検討されている。往診の先生や看護師など医療関係者から講義を受け、高齢者の病気や看取りについて理解を深めたいと意欲を持たれている。	終末期や看取りに関し知識を習得されることで、職員が安心して業務を遂行することができ、ストレスの軽減にもつながります。日々のケアに自信を持って取り組むことができることに期待します。
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	マニュアルを作成するとともに定期的に研修を行っている。		
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	定期的に避難訓練を実施している。	併設の事業所と合同で避難訓練が実施されている。車いす利用者の避難方法では、職員が何人必要か具体的に話し合われたり、誘導方法についても検討が行われている。また、運営推進会議の中で地域の方々に災害時の協力依頼も呼びかけられている。	災害時に、職員がどのくらいの時間で駆けつけられるのかを検証するために、連絡網を活用し伝達訓練など試行され、緊急時対応に備えられることに期待します。

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
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	人生の先輩であることを念頭に入れケアを行うように努めている。	職員は、利用者と馴れあいにならないように心掛け、「距離を置く」ことを意識したケアに取り組まれている。また、言葉使いに気を付け、声かけ時のトーンやドアのノックにも配慮した対応がなされている。	
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	出来るかぎり、ご本人の意思を確認するようにしている。		
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	毎日、入居者様の意思を確認しご希望をお聞きしている。		
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	更衣の際、衣類の選択をしていただく。		
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	出来る範囲で、食事の用意をお手伝いして頂いている。	利用者の楽しみの一つとなっているおやつ作りでは、餡を丸めたり、ケーキの飾りつけなどを手伝っていただくほか、利用者の状況に応じてミキサー食やペースト食など利用者に合わせた食事が提供されている。	
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	食事量、水分量を毎日記録として残し、状態の把握をしている。		
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	毎食後、口腔ケアの声かけを行い、記録に残している。		

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
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	定期的な声かけなど、自立した排泄動作が出来るように支援している。	利用者の自立を目指しながらも、失敗が多くなってきた利用者にはその背景を探り、トイレでの排泄に向けた支援に取り組まれている。また、研修ではオムツの当て方やリハビリパンツの履かせ方などを学ばれ、実践に活かされている。	
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	便秘がみられる時は、乳製品や寒天など下剤だけにとられない対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	出来る限り、その方に合わせた入浴が出来るように配慮している。	利用者の状況に応じて安全策がとられ、介助者2人での対応やシャワー浴などが行われている。座位保持やまたぎ越しが困難になった利用者には、併設のデイサービスの機械浴が利用できる体制も整えられている。	
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	ご本人様の負担を考え、体を休める時間を作っている。		
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	薬剤師と連携をとり、薬の効用を理解し、薬変更後など注意し様子を観察している。		
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	レクリエーションを行っていく中で、ご入居者様の好きなことを取り入れるようにしている。		
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。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	時間を有効に使い、積極的に外出できるように支援している。	ほぼ毎日、散歩がてら近くの畑に出かけるなど、外出をされている。また、外食や買物のほか、ドライブで松伏公園で桜を眺め喜ばれるなど、四季折々の移ろいを楽しまれている。	

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
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	買い物など外出する際などその方の状況に合わせて金銭管理が行えるように配慮している。		
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	外部の方へ制限なく自由に連絡できるように対応している。		
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	定期的な環境整備を行うとともに、日々生活していくなかで確認をしている。	外出時の写真やボランティアによる季節ごとの写真が定期的に貼りかえられ、利用者の目を楽しませてくれたり、明るいフロアで思い思いに過ごされている。また、隣同士で1つのトイレが使用できるように居室と居室の間に設えるなど、随所に工夫がみられる。	
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	リビングだけではなく、和室、ベンチを有効的に活用しその方にあった時間を提供している。		
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	持ち込みに特に制限はないため、その方の個性のあるお部屋になっています。	自分の居室であることが解るように表札がかけてられている。好きな歌手の写真や犬のぬいぐるみが置かれていたり、また、居室担当と一緒に掃除をされ衛生面にも配慮がなされている。	
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	表札などを用意し、場所が把握できるようにしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名:グループホームケアサポートこしがや

作成日:平成30年1月8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	4	運営推進会議の内容の充実・活用。	運営推進会議の開催時、多くのご家族様や地域の方々に参加して頂き意見交換をすることでサービスの充実を図っていく。	・ご家族様や地域の方へ行事や運営推進会議の案内を出し、参加して頂ける方の増加を図る。 ・施設の雰囲気を感じて頂き運営推進会議での意見交換に役立てる。	12ヶ月
2	33	「看取り」への理解・意識向上。	「重症化した場合にかかる指針」について職員へ周知し、意識の向上を図る。 高齢者の病気等の知識を習得し、終末期への理解を深める。	・職員へ「重症化した場合にかかる指針」を配布。協力医療機関に相談し終末期に関する研修を行い、看取りへの理解と意識を高める。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。