

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 事業所番号 (0192200079), 法人名 (社会福祉法人 ニセコ福祉会), 事業所名 (ぐる〜ぶほ〜む きら里 ようてい), 所在地 (北海道虻田郡ニセコ町字有島87番地9), 自己評価作成日 (平成29年9月14日), 評価結果市町村受理日.

【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)】

今年度より、『きら里の介護理念』『私たちは一人一人の尊厳を第一にします！』『私たちは利用者様と「共生」します！』を掲げ、この理念を体現するため、『職員ころえ』『言葉遣いは丁寧に相手を敬う姿勢を大切に！』『会話は相手の気持ちを聴く姿勢を大切に！』『関わり合いは共感する姿勢を大切に！』『個人を尊重する姿勢を大切に！』『気持ち良い心地よい空間を大切に！』を作りました。また各ユニットごとに年間目標を立て、目標達成のために情報を共有し、協力し合い利用者様のためによりよいサービスが提供できるようになりました。常に理念を意識し、利用者様の尊厳を守り、安全に安心して暮らしていただける場の提供を心掛けています。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 基本情報リンク先URL (http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kihon=true&JigvoCvCd=0192200079-00&PrefCd=01&VersionCd=022)

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 2 columns: Field Name and Value. Fields include: 評価機関名 (特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット), 所在地 (札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4 高砂サニーハイツ401), 訪問調査日 (平成29年10月5日)

【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)】

ぐる〜ぶほ〜む きら里は、ニセコ町唯一のグループホームである。ニセコ福祉会で運営している、特別養護老人ホームやデイサービスの施設が集合している敷地内に平成26年に1ユニットで開設し、翌年に1ユニットを増設して、現在は2ユニットで運営している。開設から4年目を迎え、事業所は目指すケアサービスのあり方を改めて考える機会を設け、職員のアンケートを基に話し合い、「きら里の介護理念」と「職員ころえ」を策定している。さらに、ユニット毎に年間目標も掲げるなど、全職員が情報を共有し、協力の下にケアサービスの質の向上に努めている。利用者個々の担当職員は、常に利用者へ寄り添い、気持ちや思いの把握に努め、毎月、家族に手紙で利用者の暮らしぶりを伝えて、職員の気付きを相談しながら、家族との交流を深め信頼に結び付けている。職員は、日々の暮らしが明るく、楽しくなる様に、季節ごとに手作りインテリアを施して、事業所内を温かな雰囲気を作り上げている。また、食事の支援でも、季節の食材を活かし、野菜をふんだんに使ったメニューを各ユニットで工夫して、彩り豊かな美味しい手作り料理を提供することで、利用者の五感を刺激すると共に、利用者の喜びや満足感に繋がっている。職員は、利用者が笑顔で安らげる空間の提供と、張りのある生活支援に取り組んでいる。

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

Large table with 4 columns: Item No., Item Description, Achievement Level (Scale 1-4), and Achievement Level (Scale 1-4). Rows 56-62 describe various service outcomes like staff understanding user needs, staff interaction, user independence, staff support, user outdoor activities, health management, and user satisfaction.

自己評価及び外部評価結果

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	今年度よりきら里の介護理念、職員心得、ユニットごとの年間目標を立てることで、常に意識し、共有することで実践につながっている。	半期毎にケアサービスの反省と見直しをかける中で、職員アンケートを基に、きら里独自の介護理念と職員心得を策定している。職員は常に理念を意識し、共有を図りながら、利用者の人格を尊重したケアの実践に取り組んでいる。	
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	ご本人様の希望に応じて、地域活動への参加支援を行う。	隣接している特別養護老人ホームやデイサービスを利用している中に知人、友人がおり親しく交流を図っている。また、お祭りには神輿が立ち寄り、幼稚園児も花壇の植え込みを手伝ってくれるなど、地域と相互関係を築いている。	
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	事業所の管理者が、認知症サポーター養成講座の講師(キャラバンメイト)として認知症の状態にある方の支援について広めている。新オレンジプラン賛同。		
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	運営推進委員会にて、ホーム内の問題や課題を話したり、地域へ繋がるケアを共に考え行動できるようにしている。	運営推進会議は2カ月毎に開催し、事業所運営の取り組みや利用者の状況、職員動向、外部評価結果の報告などを行い、参加メンバーと話し合いサービス向上に活かしている。	運営推進会議への理解と参加に繋がる様に、毎月送付している家族への手紙に議事録を同封し、全家族に周知を図る事を期待したい。
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取り組んでいる	施設内行事へ町長や関係職員等の参加を積極的に呼びかけ、現場の様子や取り組みについて実際に見て、体験していただくことで協力関係や連携を円滑に取れるようにしている。	町とは報告書類提出や相談事などで日常的に関わりを持っている。事業所行事には町長をはじめ、関係職員の訪問を受け、運営の実情を伝えながら協力関係を築いている。	
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「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	高齢者虐待防止推進研修会を受講し、受講者以外の職員に対しては、別途勉強会を開催する。また、日頃から相談できるような体制を作っている。	マニュアルを整備し、外部・内部研修で学びを徹底している。職員の心得にも、身体拘束をしないケアへの取り組みが記載され、職員は常に意識し、抑圧感のないケアに取り組んでいる。不適切なケアがあった場合は、職員同士で注意し合い、さらにユニット会議で事例検討し、正しい理解へと導いている。	
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	高齢者虐待防止推進研修会を受講し、受講者以外の職員に対しては、別途勉強会を開催する。また、日頃から相談できるような体制を作っている。		

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
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	勉強会や研修会に参加し、学ぶ機会を増やす。		
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	入所の際は、じっくり時間を作り説明を行い、面会時や電話連絡等にて説明・同意が出来る体制を実践している。		
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	管理者が窓口となって、苦情や要望の受付をする旨、契約時にご説明し、職員にも周知している。 又、日頃から言いたいことを言える関係を築いている。	利用者個々の担当職員は、常に利用者の思いや意向に関心をはらい、気付きを記録に残し、毎月、家族に手紙で利用者の状況を報告している。家族の来訪時にも、利用者の暮らしぶりを伝えながら、より多くの意見や要望を出してもらえる様に配慮している。	
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	職員間で自由な発想で提案できるよう、1ヶ月に1回運営会議及びユニット会議を開き意見をくみ取るようにしている。	管理者は、職員が日常的に率直な意見等を言える雰囲気作りに努めている。月1度の各会議でも、行事の企画や職員の勤務体制に関する提案など、職員の意見や要望を聞き取り、運営に反映させることで、質の確保や働く意欲の向上に繋げている。	
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	職員個々が向上心をもって就業できるように、自ら築ける環境をつくっている。また、勤務状況などを管理者、施設長を通じ代表者へ連絡している。		
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	職員研修や外部研修に積極的に参加し、参加者が講師となって、個々のスキルアップに繋がるようにしている。		
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	地域で構築しているケア向上委員会に積極的に運営・参加し、他法人職員との情報交換や交流を行っている。羊蹄山ろくケアライセンスの発足によるケア方法の統一を図っている。		

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
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	入所申込の前に、ご本人様と面談し生活環境や嗜好品などの要望を傾聴し安心して生活できる様に努めている。		
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	入所申込の前に、ご家族様とご本人様と面談し生活環境や嗜好品などの要望をくみ取り安心して生活ができる様に努め、職員に周知徹底を図っている。		
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	入居前の面談内容を踏まえ、入居後の生活が安定できるようにご家族へ報告や相談を実施している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	共生をキーワードとして、職員に周知しており、共に生活を営む事を常に考えながら日々を過ごしている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 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	入居者様に関わる事を職員だけでなく、ご家族と相談しながら、ご本人様の思いや気持ちを大切にしている。		
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	ご家族様以外にも友人・知人その他の方でも、気軽に立寄れる様な環境を整えている。	月命日には住職が読経に来訪、隣接のデイサービスや特別養護老人ホームから知人、友人の訪問を受けている。馴染みの場所への訪問は、家族の協力を得て、関係継続の支援に努めている。	
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	ご本人様同士の関わりを重視して、なるべく職員介入の頻度を減らす様に心がけている。		

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
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	生活環境の変化に伴い、生じる課題を検討し、直前まで支援を行う。その後も相談や支援が行える体制を整えている。		
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	その時に出たご本人様の希望や要望をその時の言動や表情からくみ取り、支援している。困難な場合は会議等で職員同士で検討している。	利用者個々の担当職員は、利用者に寄り添い、一緒に話をして、その中から出てきた言葉や様子から、本人の背景にある想いについても推察し、支援に努めている。さらに職員間で情報を共有し、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	入居申込時に、ご本人様やご家族より聞き取り把握に努めている。また、担当ケアマネからも事前に情報提供して頂く。		
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	入居後、24Hシート等を活用し、生活リズムの把握に努めている。		
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	介護計画作成後、会議等で職員の情報共有を行い介護計画に反映させる。	介護計画は、利用者個々の担当職員と介護支援専門員が中心となり、アセスメントとモニタリングを毎月繰り返し、会議等で職員の情報を共有しながら、定期期間毎に見直されている。本人、家族の要望や急変時には臨機応変に見直されている。	
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	24Hシート等による日常生活を会議等でモニタリングし、介護計画に反映させる。		
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	今までの繋がりが断ち切れないような事を考えて、取り組む。		
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	ご本人様の望むことを優先し、地域に根付くよう支援している。		
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	協力医療機関との法人契約を行っているが、本人やご家族の希望する医療機関を受診し、担当医への説明等の支援を行っている。	本人、家族が希望する医療機関への通院は、家族が支援し、適切な医療を受けている。受診記録簿を作成し、医師、家族、職員間で情報のやりとりを通じて関係性を築いている。	

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	看護職員不在の為、主治医への相談を随時行っている。また、法人他事業所内の看護職員にも相談できる体制を取っている。		
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、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。	入院の際は、医療機関へ介護添書を提出し、入院期間内にご本人様が安心して過ごせるよう支援し、退院に関わる医師、ご家庭との面談の機会には参加し、情報提供を求めている。また、ご家族の了承を得て、職員は面会している。		
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	入居時の説明の際、重度化や終末期の事を話し、ご本人様が状態変化に伴い、医療従事者やご家族と共に、これからの事について話し合いを行う。	重度化や終末期に向けた説明を入居時に行っている。現状では医療行為が出来ないため、事業所での看取りは難しい旨を説明し、医療機関等への移行を支援している。家族の意向があった場合は主治医と相談し、対応方針の共有を図っている。	
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	緊急時のマニュアルや緊急連絡先等の整備を行い、救急車の要請方法の研修を実施している。		
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	通常避難訓練と夜間想定避難訓練を実施し、日々から地域との協力を得られるように体制を整える。大規模災害も想定し、法人単位で訓練の検討をしている。	年2回、昼・夜を想定した避難訓練を、消防署の指導を受けて実施している。隣接の特別養護老人ホームやデイサービスとは、災害時の協力を得る事が出来る。職員は救急救命訓練を定期的に受講している。	今迄の訓練に加えて、様々な災害を想定した訓練、それに伴う非常用備蓄品の充実、地域との具体的な協力体制の整備等の取り組みに期待したい。
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	ご本人様の状況に応じ、本人が気持ちの良い呼ばれ方や愛称でお呼びするように努め、排泄誘導等の声かけは、プライバシー及びプライドを損わないように配慮している。	利用者がその人らしくあるために、誇りを損なわない支援に努めている。職員同士が協力し合い、家族同様の思いで心を通わせ対応している。	
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	ご本人様の自由な行動を優先し、要望に応えられるように努めている。		
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	起床時間や食事の時間や入浴時間は、ご本人様のペースを大事にしている。		
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	ご本人様の好みやセンスが最大限発揮できるように、本人と共に選んだり、季節感に配慮できるように声かけを行う。		

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
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	入居者様と共に料理をしたり、バランスを考慮し、盛り付けや形状に工夫している。ご本人様が食事を楽しめるように努めている。	各ユニット毎に職員が、旬の食材や多くの野菜を取り入れたメニューを作成している。調理師資格を有した職員が栄養のバランスを考慮しながら、利用者の状態に応じた調理方法で、食欲を高め、食事への関心を引き起こす工夫をしている。	
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	ご本人様の希望に合わせて、摂取量や味の調整をしている。都度満足して食して頂ける様に努めている。		
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	自ら清潔保持が出来ない方には、その方に合わせて出来ない部分を支援し、安心して口腔内の清潔保持ができるようにしている。		
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むけた支援を行っている	ご本人様の排泄感覚を最優先し、極力失敗に繋がらないように声かけを行っている。	排泄が自立している利用者もいるが、羞恥心に配慮しながら全員の排泄パターンを把握し、利用者へ声掛けやトイレ誘導を行い、排泄の失敗を防ぐ取り組みに努めている。夜間はポータブルトイレも併用し、本人の負担軽減や睡眠状態に配慮している。下着や衛生用品の使用は随時検討している。	
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	便秘予防ができるように、散歩等の支援や食事や間食に便通の良い食品を取り入れている。		
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	ご本人様の希望に添えるよう、いつでも入浴可能なように努める。また入浴を好まない入居者様に対しては清拭等で清潔保持を保つ。	入浴は週2回を目安に、同性介助や入浴時間、シャワー浴、清拭など利用者の要望や状態を踏まえて支援している。ゆったりと湯船に浸かって頂き寛いだ雰囲気大切に、時には1対1で会話を楽しみながら、利用者の要望を聞き取り、ケアプランに活かしている。	
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	ご本人様が熟睡できるように支援し、昼夜逆転しない程度の休息がとれるように支援します。		
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	処方時に頂く薬剤情報や医師からの留意事項を聞き、理解に努めており、どの様な薬を服用しているか解るようにしている。		
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	生活している姿からアドバイスや自分達で役割を見つけ、継続でき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
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	ご本人様やご家族が希望する日時に外出できる様に努める。また、外食ドライブ等の企画を立てて外出機会を増やしている。	事業所は季節に応じた外出行事を企画して、利用者の気分転換を図っている。日常的にも、敷地内の散歩や畑作業など、外気に触れる機会を多く持っている。個別の希望には家族の協力を得て、墓参りや買い物など、外出や外泊で楽しんでいる。	
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	ご本人様が希望して、管理が可能であれば所持できるように配慮しており、また困難な方はご家族と協議を行う。		
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	ご家族には事前に了承を得て、いつでもやり取りが出来るように環境を整えている。		
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	天井を高くして、木の暖かさを表現するようにしている。また間仕切り部を吹き抜けとし、時には開放し相互の交流が図れるようにしている。	2ユニットを繋ぐ天井は吹き抜けで開放感があり、地中熱を利用した冷暖房システムは、事業所内全てを同じ温度に保つなど快適な空間となっている。トイレや浴室は衛生的で、対面式キッチン調理の音や匂いで利用者の五感を刺激し、生活を感じさせている。木目を基調とした内装は温もりを感じ、リビングには季節ごとに職員手作りのインテリアが施されている。利用者の作品も飾られて、寛げる空間となっている。	
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	自分だけの時間を過ごせるように工夫している。		
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	ご自宅で使用していた、家具類の持込を推奨し、今までの環境を保てるように工夫している。	各居室入口の棚には、利用者の趣味の飾りつけが施されている。居室には、洗面台、筆筒が設置され、生活しやすい環境になっている。利用者は、ベットやテレビ、テーブルに椅子などを持ち込み、お茶セットも用意して、来客があった場合は持て成すなど、寛げる空間を作り上げている。	
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	自立した生活を送れるように、誘導灯等を使い、トイレ等の場所への配慮を行う。		

目標達成計画

事業所名: ぐる～ぷほ～む きら里

作成日: 平成 29年 10月 30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り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議の参加者が固定され、ご家族様の参加がほとんど得られていないことから、ご家族様に対してサービス向上の取り組みや活動状況の周知不足がある。	運営推進会議への理解と参加に繋がるように、議事録や会議の日程等を送付し全家族に周知を図る。次回会議の日程をお知らせすることでご家族様に参加していただけるように働きかける。	毎月送付している家族への手紙に議事録や活動内容がわかるものも同封し、次回会議の日程をお知らせする。	12か月
2	35	火災だけではなく様々な災害を想定した訓練、それに伴う非常用備蓄品の充実、地域との具体的な協力体制等の取り組みが不十分である。	災害時に備え、利用者様の安全を守るため、地域との協力体制と、非常時に対応できる備蓄品等を整備する。	災害時対応マニュアルを作成し、全職員の意識の共有を図る。 非常用備蓄品の充実。 推進会議にて地域との具体的な協力体制の整備に取り組む。	12か月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。