

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	1196500332		
法人名	株式会社 ユニマットそよ風		
事業所名	浦和ケアセンター そよ風 グループホーム		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区本太2-1-2		
自己評価作成日	平成24年12月1日	評価結果市町村受理日	平成25年1月31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.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24年12月19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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・おむつは出来るだけ使用しない、寝たきりにしない、拘束しない、基本的な健康管理に留意する。 ・生活を施設内で完結することなく、外食、誕生会、季節ごとの外出等出来るだけ外での楽しみを多くしている。
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の重度化に伴い意思疎通が難しい利用者が増えてきているが、1日1回、必ず職員が利用者につき添い、一緒に行動する時間を作られ利用者の気持ちを汲み取るように努められている。地域とのつながりに於いても、法人の内部監査で地域との交流がよく出来ると高い評価を受けている。 ・ご家族アンケートでも、「細かく体調の変化を見て、少しでも体に負担がないように考えて対処してくれます」とコメントをいただき、ご家族からの信頼と満足度において高い評価を得ている。 ・目標達成計画の達成状況については、非常用物資としての備蓄も確保されたことから、目標が達成されている。更に、災害時における連絡体制の見直しと職員の役割分担等を明確に整備したいと検討されている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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、生き活きと働いている (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	グループワークにて職員全体で地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成。日常のサービスで理念を具体化しケアに反映できるように取り組んでいる。	地域との共存を意識され作成された理念「地域との支え合いと交流」を、日常のケアに活かすために職員全員で共有し、実践に向けた取り組みが行われている。	
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	自治会、商店街に加入している。地域の行事、文化祭、祭礼に参加している。年一回、町会と合同で避難訓練を実施している。	地域の人からは、日常的に挨拶や声かけがあり、共に支えあう関係が築かれている。小学校の運動会、町内会のクリスマス会、地域の消防訓練等にも参加され、良好な交流が図られている。	
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	特に実践していない。		
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	具体的な取り組みには至っていない。	運営推進会議では、利用者の情報や事業所の取り組み状況等を報告されている。運営推進会議録は家族に送付され、状況の把握に役立つと喜ばれている。今後は、その内容から課題を決め実現できるように取り組みたいと検討されている。	
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取り組んでいる	特に連携はしていない。	事業所の相談や報告など、協力関係を築けるよう努められている。一方、定期的な介護相談員の訪問で、利用者の話に耳を傾けられ、その情報は介護相談員を通じて市へも報告されている。	運営推進会議議事録や開催案内を市へ持参するなど行うことで、事業所の取り組み方法や現状をより理解してもらえるように事業所側からの働きかけに期待します。
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	身体拘束委員会があり、定期的に内部研修会も行っている。委員は関連の外部研修に参加し、伝達研修している。「介護指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を提示し、正しく理解するよう努めている。	フロアの鍵はかけず、職員間で声を掛け合い、利用者への目配りを心がけることで、自由な暮らしを支援されている。不穏な利用者へも代替を検討するなど工夫した対応で、身体拘束をしないケアに取り組まれている。	
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	虐待防止委員会があり上記と同様に取り組んでいる。		

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
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	取り組みは出来ていない。		
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	理念及びケアの方向性、退去を含めたホームの対応可能な範囲について十分な時間をもって説明している。		
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	利用者の意見表出は難しくなっているが日頃の言動から思いを察する努力をしている。家族については、来訪時や家族会の場を利用して、意見を組み上げるように努めている。介護相談員受け入れあり(月1回)	言葉での伝達が困難になってきた利用者が多く、家族からの情報から意向を確認するように努められている。さらに、面会時等でも聴き取られ、日常のケアに反映させている。	
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	1回/月グループホーム会議、1回/月全体会議のテーマは年間計画を元に職員が決め、意見や提案を運営に反映させるようにしている。	日常的に意見・要望が伝えやすく、職員からの提案は、すぐに日常のケアに反映されている。看取りに関する勉強会開催や利用者の対応方法についても都度、検討し具体化されている。	
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	会議や個人の面談をして、勤務状況や職場環境についての情報収集をして働きやすい環境とやりがいのある職場作りに努めている。		
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	法人、内、外の研修を職員に平等に受ける機会を確保し、サービスの向上に努めている。		
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	同業者のネットワークに加入しており、研究会、勉強会に参加している。参加者は報告書を作成、会議の場で報告しケアに活かすようにしている。		

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
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	面談、アセスメントを取ることで、生活状態の把握をするように努めているが重度の相談者も多く把握が困難なこともある。		
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	相談を受けた時、利用を前提に話を進めるのではなく、家族の苦勞、思いをゆっくりと聞き、次の段階につなげている。		
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	相談を受けた時に、本人、家族の状況を確認し、必要に応じては、他の事業所のサービスにつなげるようにしている。		
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	利用者の重度化もあり、支援する側される側の一方的な関係になりがちであるが「出来ること」を発揮してもらいながら協働できるようにしている。		
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	利用者の様子を細かく家族に伝えると同時に、夕涼み会、敬老会、等の行事については、出来るだけ家族会と共催し共に本人を支えていく関係を築いている。		
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	馴染みある地域のお祭りに出かけたり、要望に応じ、支援に努めている。	教え子から絵手紙が届いたり、以前住んでいた地域の祭りに参加され、知人との再会を喜ばれた利用者もあり、継続的な交流ができるように支援されている。	
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	利用者同士の関係を把握し、日々の変化について情報交換をし、利用者同士支え合うように支援している。		

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
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	ほぼ、入院後死去による退去。在宅へ戻られた方の家族からの相談があり、経過フォロー、支援につなげた。		
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	日頃の関わりの中で、あるいは家族からの情報を得たりしながら、一人ひとりの把握に努めているが、困難な場合は本人本位に検討し、共同決定している。	表情や仕草からサインを見逃さないように取り組まれている。職員は1日1回、必ず1:1になる時間を設け、利用者に寄り添い話を聴き取られることを実践され、思いの把握に努められている。	
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	入居時ご本人の生活歴に関する情報の大切さを家族に伝え、出来るだけ詳細に記入してもらい把握に努めている。		
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	入居時、利用開始前の暮らしの様子や入居後の生活の中から「出来ること」「わかること」を把握するように努めている。		
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	本人の意見を汲むのは難しい。家族の意見、職員の意見交換で作成している。	カンファレンスシートに記入された利用者の状態や家族の意見等をもとに、職員全員で介護計画を作成されている。利用者の状態変化にあわせ、都度、確認・見直しが行われている。	
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	食事、水分、排泄等の身体状況と暮らしの様子やエピソード記録の2本立てになっている。ケアプランの実践も記入し、見直し、評価に繋げている。申し送りノートを活用している。		
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、個別の要望に応じて、外出の付き添いをしている。入院の際は早期退院に向けて働きかけや、退院後は医師の指示を受けて生活上のリハビリを継続している。		

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	行事、単発でボランティア協力がある。		
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	事業所協力医他、利用者からのかかりつけ医の診察が受けられるようにしている。基本的に職員が同行するが、必要に応じて家族＋職員で対応している。	かかりつけ医受診の際は、身体状況を記入したメモを持参され、状態を伝えている。看護師との連携もあり、医師・家族・職員間で情報の共有が徹底されている。	
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	事業所の長が看護職であり、日常の相談対応を行っている。1回／週 訪問看護あり。		
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。	協力医院とは早期の退院に向けての話し合いができています。他医療機関とは家族と情報交換しながら、速やかに退院できるように努めている。		
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	事業所としての体制の検討と、個別に家族の意見を面談しながら行っている。また、かかりつけ医の連携の下、可能な限り対応し症状により早めに医療に繋がっている。	利用者・家族の意向を優先し、何度も話し合いを重ねられている。訪問看護が導入されたことで職員の安心感に繋がりと、重度化への体制が整えられている。	
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	緊急マニュアルがある。定期的に応急手当、初期対応の訓練を行っている。		
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	定期的な消防訓練を実施している。災害時、町内会との協力体制が出来ており、連絡網がある。	地域との合同訓練を実施され、利用者を安全な場所まで避難誘導していただくなど、地域の方々の役割分担も整えられている。事業所に近い職員からの連絡網も作成され、緊急連絡網の定期的な見直しも行われている。	今後はさらに、職員の役割分担の明確化と、連絡網を使い、最初から最後まできちんと連絡事項が伝わるかを実践さ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	意思表示が困難な方も多いが、丁寧な説明と同意を得るように心掛け、無理強いをしないようにしている。	日頃から研修を通して利用者を傷つけない言葉掛けを学ばれ対応されている。「歌を唄う、花を活ける」など利用者の好きなことや得意なことを見つけ喜んでいただけるように取り組まれている。	
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	意見表出が困難な方には、嗜好を見極めたり、表情を読み取ったりしながら自分で決める場面を作るようにしている。		
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	基本的な1日の流れはある。 希望により買い物、散歩へ出掛ける。		
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	希望により支援している。		
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	数人ではあるが、一緒に下準備(皮むき 切る ゴマすり)をしている。利用者と職員と一緒に食事をしている。外食、店屋物を取ったり、食事が楽しみになるようにしている。食材の買出しと一緒にいくこともある。	嚥下機能が低下した利用者へも味付けを工夫したゼリー食を食べていただくなど、口から摂取できるように努められている。また、行事の際には試食会を開催し、家族に職員の手作り食を提供されたり、外食では利用者好きなものを選んでいただき、食事の楽しさを味わっていただいている。	
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、水分量は記録し職員間で共有している。 献立表は定期的に栄養士のチェックを受けている。		
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	毎食後一人ひとりの状態に応じた支援をしている。 1回～4回/月、訪問歯科による口腔ケアも行っている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し声掛け誘導することでトイレでの排泄を促している。	日中だけでなく、夜間も介助方法を工夫され、トイレでの排泄を支援されている。紙パンツは使用せず、職員の細やかな対応で失禁が減った利用者もあり、自立に向けた取り組みが行われている。	
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	飲食物の工夫や散歩、レクリエーション等で身体を動かす機会を作っている。朝食後、トイレに座る習慣をつけることで自然排便できるように取り組んでいる。		
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、個々にそった支援をしている	最低3回／週の入浴。午後を入浴時間帯としている。回数の希望は受け入れている。	身体状態低下により、職員2人対応の利用者が増えているが、常に利用者の状態を把握され、安心感を持って入浴していただけるように支援されている。	
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	一人ひとりの状況に応じて休息の時間を設けている。日中の生活が活動的になるように促し安眠につながるようにしている。		
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	薬剤情報提供ファイルがあり、内容を把握できるようにしている。病状の変化がある場合は医師に情報提供している。		
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	生活歴や習慣、有する力を踏まえて出来るような仕事を頼んでいる。必ず感動の言葉を伝えている。		
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	日常的に散歩、ドライブ、喫茶店など戸外に出かけている。また故郷の祭りなど外出の支援をおこなっている。	ADL低下により全員での外出が困難になってきているが、日向ぼっこや、職員と一緒に服やお菓子を買いに行くなど、利用者一人ひとりに合わせた外出支援に取り組まれている。	

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	職員はお金を持つことの大切さを理解している。 お金を所持している人はいる。		
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	要望があれば支援している。		
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	台所が中央に配置されていて、生活感がある。 観葉植物や季節の生花で居心地のよい空間となるように心掛けている。	モップ掛けや掃除など、できることは職員と一緒にっており、明るく過ごしやすい共用空間となっている。あちこちにソファが置いてあり、職員は利用者が生活しやすい空間を心がけている。テーブルは、個々の利用者の身体状態にも配慮され、使いやすい高さになっている。	
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	ソファ、畳でひとりで過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるようにしている。		
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	入居時は馴染みのあるものを使い 慣れたものをもってきてもらうようにしている。 重度化もあり居室は寝るだけの空間になってきている。	利用者の状態に合わせ、模様替えをしたり、ベッドの位置を低くしたりするなど危険がないように工夫されている。居室内には思い出の写真を飾り、温かな雰囲気が感じられる居室となっている。	
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	混乱や失敗を防ぐよう、状況に合わせて環境設備をしている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 浦和ケアセンターそよ風

作成日: 平成 25年 1月 20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	5	・市町村との連携が取れていない。	・市町村担当者と日頃から連絡を取り、協力関係を築く。	・運営推進会議の開催案内や議事録を市へ持参する。事業所の取り組み方法や現状を理解してもらえるように努める。	2ヶ月
2	35	・緊急連絡網はあるが、最初から最後まできちんと連絡事項が伝わるか実践したことがない。 ・役割分担がいかされていない。	・連絡体制の見直し。 ・職員の役割分担の整備。	・消防訓練の際には連絡網を使用し、最初から最後までどれ位かかるか時間をみる。 ・役割分担を明確化する。	6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。