

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	1170401044		
法人名	社会福祉法人 健友会		
事業所名	グループホーム みなみかぜ		
所在地	川越市吉田203-3		
自己評価作成日	平成23年1月10日	評価結果市町村受理日	平成23年5月20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.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/
----------	---

【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成23年1月27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)】

特別養護老人ホーム『みなみかぜ』と同じ敷地内にグループホーム『みなみかぜ』はあります。私たちは、介護保険事業における居宅サービスの一環として、また、高齢者が同年代の方々と様々な事を語合ったり、散歩に出かけたり、食事を共にするなど、自由な生活の中で認知症状を穏やかにし、楽しく笑って過ごせるよう支援いたします。

【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)】

特別養護老人ホーム、地域包括支援センター、デイサービス、ケアハウス、地域交流センター他、法人として多種のサービスを提供しており、地域への貢献を理念に掲げている。月に1度は近隣住民と施設入居者との交流も行われている。特別養護老人ホームの下の階に3ユニットのグループホームがある。当事業所は自然に恵まれ、広々としたグループホームである。働いている職員さんも意欲的に支援している様子が感じられた。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	事業所も地域の一員と考えている。家族や地域社会との関係を継続できる暮らしを支援する。その事を目的として理念を作ってきた。全職員研修やグループホーム会議を開催し理念を共有している。	事業所も地域も家族の一員と考え、法人全体の理念の他にグループホーム独自の理念も作り、ユニット毎の目標を設定し、全員で共有している。	
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	地区の盆踊りに毎年参加している。年間を通じて施設の行事には地域の皆様が大量来て下さる。夏休みボランティアや小学生の総合学習を受け入れている。子育てサークルとの交流会を毎月行っている。	法人として施設の1階に地域交流センターを開設し、グループホームの利用者・施設の利用者・職員と一緒に毎月子育てサークルなどに参加し、交流会を持っている。また、地域の行事にも参加して交流を深めている。	地域交流センターをますます活用して、地域との絆を深めていただくよう期待する。
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	グループホームの理解と医療・福祉の人材育成の役に立てればと実習生を積極的に受け入れている。認知症サポーター養成講座のキャラバンメイトも協力している。		
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	状況報告や意見交換を行い参加者の皆様と協力しながら、少しずつでもサービスの質の向上に努めている。評価報告からでた改善すべき取り組み内容も伝えている。	運営推進会議は定期的に行っている。地域包括支援センターや自治会、民生委員、家族が参加し話し合っている。その内容を職員にも伝達し、サービスの質の改善に取り組んでいる。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当職員とは相談事や研修会参加についてなど、こまめに連絡を取り合っている。今年度は川越市実地指導を受け入れた。	市の職員とは良く連絡を取り合っている。さらに、地域包括支援センターとも連携し、相談や研修会等にも参加したり、協力関係ができています。	
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	法人全体で全職員研修会を通じ身体拘束について勉強会を行った。日々の関わりを検証し、話し合いを持つように努めている。身体拘束廃止委員会を毎月開催している。	身体拘束廃止委員会を月1回開催している。その一環として、転倒予防に取り組み、拘束にならないような処遇に配慮している。また、日中は玄関の施錠をしていないので、職員が見守りしている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	全職員研修会で学習を行った。また、職員向け掲示板に貼るなど理解に努めている。		

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	パンフレットの配布や必要な方へのアドバイスをを行っている。地域包括支援センターと連携を取っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約については、時間を掛け詳しく説明し同意を得るようにしている。契約解除については、本人の状況を家族と相談しながら対応している。		
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	介護相談員や傾聴ボランティアを受け入れ、意見を伺っている。寄り添った関わりの中で利用者の思いを感じ取るように努めている。家族とは、運営推進会議での懇談や個人面談を行っている。	市からの介護相談員が月1回来所し、利用者と個別面談がある。その意見や運営推進会議の意見を事業所の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	各ユニットに現場のリーダーを置きユニット職員の意見などを把握しリーダー会議で検討している。管理者も日頃から直接職員の意見を聴くよう努めている。	各ユニット毎のリーダーによる、会議が機能している。一方、管理者はその会議の意見を聞いたり、直接個人の意見も聞くようにし、事業所の運営に活かしている。	
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	会議での意見交換や面談の機会を設けている。職員の親睦会など時々行っている。キャリアパスや人事考課を準備している。		
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	教育研修委員会を設置し常勤職員、非常勤職員各自のレベルやニーズに合わせた内部研修・外部研修の機会を設けている。グループホーム会議の中でも勉強会など行っている。		
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	埼玉県グループホーム協議会主催の研修などに参加し情報交換している。また、市内で同じ圏域のグループホームとは、少しずつだが連絡や交流を取っている。		

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	入居前に訪問面談を行い、本人とコミュニケーションを図り、思いや不安など把握す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	入居前に電話や面談で話し合いの機会を多く持ち、悩みや要望など把握するように努めている。		
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	必要に応じて地域包括支援センターにつなげたり、他のサービス事業所を紹介するなどニーズに合わせて対応している。		
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	家事、誕生日会の準備、レクの準備など、持てる力を引き出し、活躍して頂いている。		
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	生活に変化があった場合には、家族に早めに報告し、ケアについて職員だけで決めるのではなく、家族にも相談・意見を伺っている。出来ないことは家族に依頼している。		
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	居室に電話を引き、他の方に気兼ねなく家族や知人との会話を楽しんだり、知人と外出したりしている方がいる。	居室に電話を設置し、知人、家人との会話が出来るようにしている。段々訪問する知人が少なくなって来ているが、前に住んでいた自治会の行事に参加する人もいる等、馴染の関係が続くように支援している。	
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	食事・お茶にはなるべく全員揃っていただくようにしている。利用者様同士でお部屋で談笑されたり、買い物に行かれたりしている。関係に支障が生じた場合、すぐに間に入って調整している。		

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	他施設に入所したり、入院された利用者にも面会やお見舞いに伺ったり、家族の相談にも応じ支援している。		
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	ケアプランの見直し時に、本人の思いを確認してケアに反映出来るように努めている。	利用者の担当職員が本人、家族の思いを把握している。さらに、フロア会議では他の職員が把握した情報も追加して共有している。	
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	入居前に生活歴の用紙に記入していただいている。入居後も本人や家族からの言葉より、より深い理解に努めている。		
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	その方のペースに合わせて生活していただけるよう、意向を伺いながら、本人に出来る事はしていただいている。必要な方には生活の流れを支援している。		
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	必要に応じて看護師・医師だけでなく、PT・OT・栄養士と連携を取っている。毎月ユニット会議で個人の状況を話し合い、必要に応じたケア作成している。	担当職員全員で介護計画、モニタリングを行っているが、必要に応じて医療関係などの職員や協力病院の医師の意見も伺い、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	個別ケアは日々記録している。必要に応じ、食事・水分・排泄表を作り見直しやすいように記録を撮り、ケアに反映させている。		
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	外出の支援、買物と一緒に出かける、通院介助サービスや臨時的往診対応など必要に応じて柔軟なサービスを行っている。		

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
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	地区の民生委員や自治会と交流の機会を設けている。レクリエーションや傾聴のボランティアなど協力をいただいている。		
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	事業所の協力医や馴染みのかかりつけ医への医療支援を定期的に又、健康状態に応じて行っている。受診結果も家族に知らせ情報を共有している。	事業所の協力医の往診を定期的を受けたり、本人のなじみのかかりつけ医への医療支援を行っている。受診結果は必ず家族に知らせるようにしている。	今後、重度化した時の協力病院をみつけて、すぐ対応できる体制を整備するよう期待する。
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	看護職員を配置しており利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行っている。常に介護職員と看護職員が連携に努めている。		
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。	入院時には利用者の必要な情報を病院に伝えている。本人の状態を見ながら、早期退院に向けて家族および病院関係者と連携を図っている。		
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	必要に応じて個別のカンファレンスを実施し、職員間での方針を統一している。家族や主治医および専門医と十分に話し合いを行っている。グループホームでの対応がどこまで可能か特養や病院への入院も含め関係機関と連携を取っている。	主治医および専門医と相談し、連携を取るようになっている。職員も重度化、終末期のケアの在り方について学習し、今後の取り組み体制を整えている。	看取りについての今後の課題として、職員体制・看取りの方法。研修会等を開催して、更に検討していただくよう期待する。
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	年間を通じて繰り返し、緊急時の対応等について勉強会を行っている。体調不良者が出た場合のマニュアルを整備している。		
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	法人全体で年2回消防署に来ていただき利用者と一緒に避難訓練、消火器の使い方等を実施している。運営推進会議等で自治会の方とも話し合いを持っている。	法人全体で年2回防災訓練を行っている。夜間想定訓練も行っている。自治会への呼びかけや運営推進会議でも話し合いをもっている。スプリンクラーは既に設置されている。	

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
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	尊厳に配慮した言葉がけに留意している。しかし、馴れ合いの言葉や配慮に欠けた言葉も少なくない。新しい職員への指導も不足しているよう感じる。	トイレ、浴室等使用時プライバシーを損なわないように支援している。また、職員の声かけ、行動にも充分留意して指導している。しかし、新人の職員への指導に不足を感じている。	今後、新人職員への接遇の研修や行動の指導を更に充実されることを期待する。
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	入居者との会話の中で、選択肢を織り込む。1対1で話す機会を作るなどして、入居者が自己の思いを出しやすい環境を作っている。		
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	ユニットの大きな流れと、職員側のペースや決まりごとはあるが、本人の意思に応じて無理強いはしていない。		
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	衣服など適度なアドバイスをしつつ、基本的には本人に選んでもらう。自分で意思表示が出来ない方にはこちらで選んで着て頂いて。お化粧品など必要なものを揃える支援をしている。		
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	苦手な食材の時には別の物を用意する。食器洗いや食器拭き等お手伝いを協力して毎日している。	朝食・昼食は、利用者の能力に応じ職員と共に食事作りを行っている。夕食は特養と同じ食事を依頼しているが、偏食については、キッチンで調整を行っている。後片付けも利用者と共にしている。	
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	必要に応じ食事チェック表や水分チェック表を用い、看護師・栄養士に評価してもらっている。		
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	その方に合った口腔ケア・介助を実施している。必要な方は歯科受診・歯科往診を受けている。		

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	自力でトイレへ行けない方へは誘導を行っている。パターンを掴む為チェック表を用いたりしている。	個別の排泄パターンをチェックして、それによりトイレへの移動、介助、トイレトレーニングを行っている。	
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	排便を促すような自然食品をいろいろ試している。看護師にマッサージや腹部の温め方の方法を指導してもらっている。		
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	その日の体調や様子に応じ、声をかけている。一人一人に声かけしている。回数や時間などは本人の意向に沿っているが、衛生面を重視し、職員が回数を調整している方もいる。	本人の希望にそって、毎日の入浴も可能であるが、介助が必要な方については、2日に1回その方の希望するときに入浴出来るように調整している。	
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	眠れない方へは寄り添って話をしたり、温かい飲み物を出したり軽作業をしていただいたりして対応している。		
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	処方箋のファイルを作っている。服薬マニュアルがある。薬の変更があればノートや口頭で申し送ってミスの無いようにしている。薬の量の調整があるときは、指示の下行っている。		
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	食器洗い・拭き・洗濯物量など好み・能力に応じて入居者に依頼し、感謝の念を述べている。散歩やドライブなどの外出にお誘いしている。一人で買い物へ行っている方もいる。		
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	散歩や外出にお誘いし、四季を感じていただいている。いける方には一人で散歩・買い物へ行っていただいている。中には、友人と外出に行けるよう、車で待ち合わせをする等の支援を行っている。	散歩や買い物は個人の希望を取り入れ、職員が同行を要する人には同行している。1ヶ月に2回、特養の移動売店で買い物を楽しんでもらっている。そこでは障害者施設の人が作った物を販売している。	

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
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	本人や家族と相談して、小遣い程度のお金を持ち、買物を自分で行う楽しみを持っていただく。本人の能力・不安な心理状態に応じ、預かったりしている。		
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	希望のある方には事務所の電話を使用し、つなぐ介助をしている。年賀状を書ける人には書いていただいている。居室に電話をつないでいる方もいる。		
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	キッチンリビングより常に見えるので、調理姿や匂いが伝わっている。実際に敏感に反応する入居者もいる。リビングには入居者作成の刺し子や塗り絵などが飾ってある。季節に応じてゆず湯や菖蒲湯を取り入れられている。	共用の空間は広々としているが、孤立、孤独感もなく、明るく、自然が見渡せるようになっている。作品や行事の写真も展示しており、落ち着ける場所である。	
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	廊下にベンチがあり、リビングへ出てこなくてもそこで会話を楽しめる。		
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	意向に沿って、居室にのれんをつけたり畳敷きにしたりして個性のあるスタイルになっている。ずっと使ってきた家具を持ち込まれている方もいる。しかし認知症が進んでしまった方には安全を優先し、危険な物等は家族に相談し持ちかえていただく。	各居室には障子があり、照明器具も和紙で作った物で落ち着いた感じがする。個室は家族が来所時に一緒に掃除をしたり、夏、冬の衣類交換も一緒に行っている。出来ない人は職員が手伝って出来るだけ、ご希望にそった部屋作りを心がけている。	
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	リビングの環境は利用者の認知症レベルに沿って、変えている。今年に入り、異食の危険性が高くなってきたので飾りの配置を高くするなどした。		

目標達成計画

作成日：平成 23 年 4 月 1 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	33	利用者の皆様の認知症状およびADLの低下が進んでいる。利用者の属性に合わせた対応が必要となる。	23年度の重点取り組み項目として「重度化への対応」を取り入れる。今後の方向性を皆で共有していく。	緊急時の対応方法、ターミナルケア等の学習を行う。介護技術の向上や物品の整備を行う。主治医など関係機関との連携に努める。	12ヶ月
2	36	ユニットケアの中で職員が利用者に対し、慣れ合いの言葉や配慮に欠けた言葉が時々見られる。	利用者一人ひとりを尊重し、自尊心への配慮や個人情報の保護およびプライバシーの確保に努める。	接遇マナーや認知症についての理解を深めるための学習を行う。	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。