

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	1172000364		
法人名	財団法人 鳩ヶ谷中央病院		
事業所名	博寿会 ゆとりの郷		
所在地	埼玉県川口市桜町6丁目12番55号		
自己評価作成日	平成23年10月10日	評価結果市町村受理日	平成24年3月19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11月18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)】

中庭が広く、木々や四季の花々が多く、雨が降らない限り中庭へ出てお茶・ボール遊びや歌をうたって楽しんでいます。
また、竹の子や柿・栗等、庭で採れた物をおやつに食べています。

【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)】

ADL低下と共に外出が難しい入居者が出てきている。この対策として晴れの日には、事業所の広い中庭へ出て芝生の上に座りお弁当を食べたり、桜の季節は花見会などの外出に代わる支援がなされ、入居者の毎日の生活の楽しみの一つとなっている。職員は、「高齢者の尊厳と自立を支える」理念のもとに「利用者優先」を実際し、ケアでは粘り強く利用者の意向を聞き出し、またはくみ取り、実践に活かすことで高齢者ケアに充実感がある。入居者とともに職員の信頼がお互いのコミュニケーションから伺える。

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、活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	管理者・職員は企業理念をしっかりと把握して毎日取り組んでいる。理念はホールの壁に大きく掲示してある。	理念をよく理解し、利用者が意思を表現できなくてもその声を納得するまで聞いている。利用者の生活を中心に、質の向上を常に考えながら理念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	町会に加入しており、自治会の盆踊りには花貼りしたり参加したりしている。利用者との散歩の際には声掛け合い気軽に話している。	町会から行事案内や、その他の連絡が来るので、可能な行事には参加している。広い庭は解放されているので、花見など季節の行事に近所の方が来所している。近くの園児が散歩がてら立ち寄ってくれるので利用者の触れ合いを楽しんでいる。	
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	記入依頼済み		
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	会議に出たあとの報告を職員全体が受けとめ内容を把握し取り組んでいる。	5年間、定期開催している。地域の方や利用者の家族も来て意見が述べられ、事業所の運営に反映している。また、議事録を市役所に持参している。	運営推進会議の議事録を持参された時、市の職員の出席を案内されることを望みます。
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	市の担当者の指導を受けている。	市の合併により管轄が変更になったばかりであるが連絡等を取りながら連携に努めている。相談ごと等がある時には、市職員と連絡を取って対応をするようにしている。3月11日の地震の時には真っ先に市の職員が安全確認に来所された。	
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	身体拘束は原則禁止しています。玄関の施錠もありません。夜間だけです。	昼間は、玄関も施錠されていなく、夜間だけ施錠している。2階出口も施錠していない。安全のため、離床センサーを取り付けている。	身体拘束廃止委員会を立ち上げて、職員全員が改めて身体拘束しないケアを継続されることを期待したい。
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	管理者が職員と共に仕事をしているので虐待などはありません。		

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	学ぶ機会がない。		
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	時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスクや重度化に伴う看取りについての対応、医療連携体制の実際などに詳しく説明し同意を得るようにしている。		
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	苦情相談窓口は設けてあるが、その他のご意見ボックス設置し意見を聞けるようにしている。また法人の第三者評価制度の説明も家族に話している。	ご意見箱はあるが、殆ど意見が挙がってこない。家族の来所時に、良くコミュニケーションを図り、意見や要望を聞くようにされている。また運営推進会議でのご家族からご意見は運営に活かしている。	
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	全体ミーティングで職員の意見要望を聞くと共にミーティング時にテーマを決めて話している。	職員や管理者との会議やミーティングは多く行われていて、意見や改善、要望はすぐに対応が出来るようにしている。職員の意見を聞ける場も設け、意見を言えるような職場である。	
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	記入依頼済み		
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	法人内外の研修を交代で受けている。個人的に資格取得のために学校に行く職員には勤務調整をしている。		
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	地域のグループホームとの交流をしている。		

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	本人の申し出を断ることなく職員は傾聴し受け止め解決していく努力をしている。何事も相談できるように信頼関係を作っている。		
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	家族との交流は密にしている。家族が来所された際は必ず少しの時間でも会話をするようにしている。		
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	本人と家族の意向で歯科、整形外科等意に沿うようにサービス利用を実施している。		
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	利用者の方々は居室にすることが少なくフロアでテレビを見たり中庭に出てお茶をしたり職員と過す時間が多い。		
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	家族来所の際には本人の色々な出来事や取り組んでいる事を話し、安心していただく。毎月その月の様子を写真をとって送っている。		
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	昔の友人が来所される。散歩中商店の人や近所の方の声掛けがある。	以前から利用していた商店や馴染みの美容室にいたり、関係の深い方たちとの交流が出来るように支援している。庭への出入りも自由になっていて誰でも入れるような施設であり、友人が気軽に来てくれている。	
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	利用者同士の思いやりがあり、孤立せず互いに支えあっている。		

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
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	併設の病院に入院になることがあるので、本人の様子を見に行ったり家族と会って相談にも乗っている。		
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	一人ひとりの暮らし方を見ながら意向の把握に努める。困難な場合は職員同士ミーティングをして良い方向にもっていく。	散歩時、ゆっくり、じっくりお話を聞くようにしている。また、包丁を貸して欲しいとの要望には、危険と断らず、昔自分が調理したことを思い出していると考え、台所で納得するまで支援している。	
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	一人ひとり色々なこと昔の話など話せる雰囲気になっている。		
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	朝夕のバイタルチェック・排泄記録・個人記録を申し送りなどで現状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	家族が来所の際、家族と計画作成担当者との話し合いを持ち、意見を聞き計画作成している。	ケアマネジャーと一緒に職員が作成している。その人らしい生活が送れるように、また自然に過ごせる時間を大切に、利用者が役割を持って生活が出来るように支援している。	介護計画書を作成し、(9)項事例などをケアプランにつなげて、全員が共有することが望まれる。
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	日々の様子やケアの実践結果や工夫等個人記録し情報を共有して色々なことに生かしている。		
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	家族が居室にいて花見をしたり庭に出て散歩をしたり長い時間一緒に過している。外出外泊など自由に過して頂いている。		

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	防災訓練(年2回) イベントの時はボランティアの方に協力して頂いている。		
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	かかりつけ医が必要としている利用者は家族の人に連れて行ってもらっている。 必要としない人は併設の病院に受診している。	併設の病院での診察が出来るので安心である。また、利用者の希望により、以前のかかりつけ医を受診できる。多くの方は併設の病院での受診となるが眼科や皮膚科等は以前の先生に診察してもらっている。	
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	併設の病院の看護師が入浴日必ず来て下さるので相談している。		
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。	併設の病院に入院することが多いので看護師との連携は行っている。		
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、事業所の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	重度化した時は家族と医師と話し合いをしていただき併設の病院に入院していただく。	事業所では、看取りの事例は無い。重度化した時は、その都度、家族と医師がよく話しあい、入院等を決めている。	運営推進会議でも議題になった作成中である緊急入院時のマニュアルの早期完成が待たれる。これを元に重度化や緊急時の対応に関する同意書の作成も望まれる。
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	昼間は併設の病院にて対応し、夜間は救急車を要請する。		
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	年2回防災訓練をしている。 スプリンクラーを設置している。 地域の方へ協力をお願いしている。	3月11日の震災の被害は幸いなかった。これに合わせて備蓄品の確認がなされ、防災に関しての意識はとて高くなっている。防災訓練では地域の方も参加され定期的に行われている。	

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	利用者 安全確認 居室やトイレのドアが閉まって長く出てこない時など声かけし確認対応している。 職員全体で言葉使いに気をつけている。	羞恥心に配慮した介護を実施している。ダメ言葉も発しないよう、スピーチロックにも十分に気を使っている。	
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	話合いの上自己決定してもらう。大変な時は家族とも話し合っている。		
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	フロアでレクリエーション(貼り絵やスゴロク)、中庭に出てデイトム、散歩等をするにも本人の意思を尊重している。		
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	美容院に行く人。床屋さんが2ヶ月に一度入る。化粧品もそれぞれ持っている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備や片付けはできるだけ一緒にしている。	1階と2階ではADLが違うので、同じようにはできていない。1階では、食後お膳を調理室に運ばれる方が多い。職員も一緒に食事を食べる事により、楽しみを持ち、また食欲等にも気を遣っている。	
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	食事量・水分量を個々に記録している。栄養摂取は併設の病院の栄養士がメニューを作っている。		
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	朝夕口腔ケアをし、記録している。 水曜日はポリデントを使用している。		

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	本人が出来るところまで見守りその後は手伝うようにしている。排泄の記録をつけており1時間を目安にトイレ誘導の声掛けをしている。オムツ使用は一人。	オムツ使用者が18人中、1人と極めて少ない。これは、適切な定期誘導の成果である。入居時おむつの方が生活のリズムを一定にし、排泄の定期誘導により、おむつを外すことができた経験を持っている。	
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	便秘については医師に相談し薬を出してもらう。水分摂取と運動(散歩)など個々に合わせて取り組んでいる。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は夏は週2回その他シャワー浴など行い、冬は週2回支援している。本人の希望があればいつでも入浴できる。	入浴は時間などの区切りはなく、自由に入浴が可能になっている。お風呂には季節によっては柚子や菖蒲等も入り、利用者様の気分を考えて支援が出来る。また、入浴をする事の大切さを職員の方たちがよく理解している。	
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	夏は冷房や氷枕等、夜間は室内温度に気をつけている。 冬は暖房ですが足先温める為湯たんぽ使用。		
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	薬は分包されていて鍵をかけた場所に保管し、医師の指示通りしている。症状の変化があればすぐ受診している。		
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	朝の掃除、雑巾がけ、モップ拭きなどできる方には一緒に行っている。 レクリエーションとして、貼り絵や塗り絵、歌、ゲーム等多彩に楽しんでいる。		
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	外出は家族と食事に行ったり、墓参りや自宅に外泊したり自由に出かけています。	ADLの低下で、外出ができない入居者が多いが、中庭の芝生の上でのお弁当やお茶を楽しんでいる。 お墓参りなど利用者様一人ひとりの要望にもしっかりと対応している。	

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	していない。		
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	本人からの希望があれば電話などかけられる。手紙は年賀状など家族へ出している。		
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	居間ではカーテンを使用。 テレビ、CD等の音の調整。	2階から外を見ると大きな木がたくさんあり森のような庭が一望できる。季節の花や果実が取れるので近隣の方も栗拾いや柿取りを楽しんでいる。室内も清潔に保たれて生活を送りやすい空間となっている。	
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	テレビの前のソファで皆さんと一緒に過ごされることが多い。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	使い慣れたものを入所する時持ってこられそのまま使用されている。(椅子・裁縫箱・筆筒等)	居室には様々な工夫があり、机を置いてある部屋があったり、仏壇がある部屋があったり、個人の歴史が詰まっている。	
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	フロアーが広いので安全自立した生活はできている。		

目標達成計画

作成日: 平成 23年 12月 25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	8	○権利擁護に関する制度の理解と活用 日常生活自立支援事業や成年後見人制度について、学ぶ機会が少なく、活用できていない。	管理者及び職員一人一人が、権利擁護に関する制度を知り理解する。そして日常生活支援において、それらを活用できるように努力する。	運営推進会議において、地域包括支援センター所長に協力を依頼し、権利擁護(成年後見人制度等)について学ぶ機会を設ける。また日常生活において支援業務に生かせるよう、各職員が努力する。 外部研修に参加し、施設内で研修会を開く。	12ヶ月
2	6	○身体拘束をしないケアの実践 現在身体拘束は(玄関の施錠を含め)行っていないが、「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」を正しく理解しているとはいえない。	すべての職員が「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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組むよう努力する。	まず代表者及び管理者が先の事項を理解・実践し、職員全員が改めて身体拘束しないケアを継続していく。	12ヶ月
3	7	○虐待の防止の徹底 高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会が少ない。	高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設け、引き続き利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように、注意を払い、防止に努める。	運営推進会議において、地域包括支援センター所長に協力を依頼し、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を設ける。また日常生活において支援業務に生かせるよう、各職員が努力する。 外部研修に参加し、施設内で研修会を開く。	12ヶ月
4	26	○チームで作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・家族と話し合い、現状に即した介護計画を作成。職員全体で情報を共有する。	利用者一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、介護計画に反映し、職員全体で一つの目標に向かって支援できるよう努力する。	日頃から情報の交換・共有を積極的に行い、利用者の理解に努める。定期的にケアプラン会議を行い、介護計画のモニタリングを行う。	12ヶ月
5	33	○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、事業所です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く。	職員が冷静に行動できるよう、緊急時(緊急入院時)の対応マニュアルを完成させる。 終末期のあり方について、個々のケースにおいて、方針を共有しチームで支援に取り組んでいく。	12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。