

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)ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
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29年2月17日	評価結果市町村受理日	平成29年5月8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29年3月10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、誕生日会、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"> ・利用者一人ひとりの尊厳を守る支援に努められ、オムツを使わず利用者全員がトイレで排泄ができるなど、理念に基づくケアが日々の生活の場面に活かされている。また、自治会の様々な行事に参加をしたり、急な豪雨で浸水した際に、土嚢設置の対応や地域の施設に避難ができるように行政からの支援をいただけるなど、結びつきを深められている。 ・ご家族のアンケートでも、「常に目が行き届いている様子が良く分かり、安心できました。紙パンツが不要になり驚いています」、「家族がいつ行っても心より迎えてくださるのでうれしいです」などのコメントが寄せられ、事業所の取り組みや職員の対応にご家族が十分満足し、感謝されていることが伺える。 ・目標達成計画の達成状況については、法人として職員全員に一斉メールのできる仕組み作りをされたこと、現状に合わせた消防計画の見直しをされたことから、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	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、ケアに反映出来るように取り組んでいる。	毎日の申し送りで理念の振り返りが行われ、管理者と職員は理念を共有して実践に繋がられている。オムツを使わず利用者全員がトイレで排泄できるなど、理念に基づくケアが日々の生活の場面に活かされている。	
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	買い物は地域のお店を利用している。自治会の行事、文化祭に参加している。年1回自治会と合同で避難訓練をしている。	自治会に加入し、自治会主催のクリスマス会や餅つき大会への参加をするほか、地域のお祭りには利用者全員で参加し、神輿見物を楽しんでいる。また、中学生の職業体験の受け入れや介護相談員制度を利用するなど、積極的に交流を深められている。	
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	特に実践はしていない。		
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	地域の行事、地域包括支援センターの取り組み等を紹介してもらい、利用者が外出する機会を増やしたり、そこでの意見をサービスの向上に活かしている。	定期的開催され、写真で事業所の取り組み状況を報告されるほか、地域情報などの話題で、散歩時に休憩のできるベンチの要望があり、自治会長から区役所に繋がっていただき、成果につながっている。	
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	区担当者は運営推進会議のメンバーであり他の介護相談員の派遣等で連絡を密にとり協力関係を築くようにしている。	日頃から区役所の担当者や地域包括支援センターとは連携を取り合い、急な豪雨で浸水した際、土嚢設置の対応や災害時に地域の施設に避難できるように橋渡しをしていただけるなど、協力関係が築かれている。	
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に努めている。	定期的な研修のほか、新人職員では拘束をしない方法を仕事を通して覚えていただくなど、職員の理解を得られている。問題行動については、どのような原因があるのかを職員皆で話し合い、一人で抱え込むことのないよう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。また、センター内にて月に一度報告義務があり、報告書を書面にまとめている。		

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	家族からの相談についてはアドバイスをしている。 今後制度の理解と活用について学ぶ機会を持ち職員が共有出来るようにする。		
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	重要事項説明書に則り、理念及びケアの方向性を含め各事項のホームの対応可能な範囲についても十分な説明をしている。		
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	日々利用者とコミュニケーションを取りながら好きな食べ物や行きたい場所を察知しその気持ちに応えられるよう努力している。来訪時や家族会の場を利用して意見を組み上げるよう努めている。介護相談員受け入れあり(月1回)	利用者とは、日頃からコミュニケーションを良く取るように努められるほか、介護相談員を通して意見や要望の把握に努められている。家族には、来所時に話を良く聴き、3階から2階に変えて欲しいなどの要望にも応えられている。	
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	1回/月グループホーム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。	意見や提案は言いやすい環境であり、職員不足の心配の声には、不安が軽減できるよう要望を聴き取られている。また、「自責と他責」を意識して自分達で考えて取り組めるよう、役割分担が決められている。	
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	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、職員のスキルアップに努めている。		
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、アセスメントをすることにより、生活状態、要望の把握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	相談を受けた時に、利用を前提に話をすすめるのではなく、家族に苦労、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	生活全般に関わってもらい、役割のケアを通して暮らしを共にし、支えあう関係を築いている。		
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	利用者の様子を細かく伝えると同時に、敬老会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	利用者の状況の変化により、個別での馴染みの人や、場所との関係性が今は途絶えている。	家族と一緒に温泉や墓参り、レストランで食事をするなど、馴染みの場所や今までの生活習慣が継続できるよう支援をされている。また、観葉植物を育てたり、アクリルたわしの編み物など継続して楽しめる利用者もおられる。	
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を交換し、利用者同士支えあうよう努めている。		

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
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	取り組みの事例はない。 亡くなった方については葬儀に参列している。		
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	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。	日頃の雑談の中から気持ちの汲み取りをされ、利用者の言葉通りに受け止めず、その奥の思いを推し量るよう努められている。意思疎通の困難な場合は、自分が嫌だと思ふことは決してしないなど、利用者本位に検討されている。	
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	入居時に、ご本人の生活歴に関する情報の大切さを家族にも伝え、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「出来る事」「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	本人の意見を汲みながら家族、職員、訪問看護師でのサービス担当者会議上で意見交換し作成している。	利用者・家族の意向を聴き取り、医師や看護師からの指示を含め、日々の申し送りから職員の意見も反映された介護計画が作成されている。支援内容が介護記録と連動され、ケアプランに基づいた支援が行われている。	
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、見直し評価につなげている。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、個人の要望に応じて、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の働きかけや、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	特に実践はしていない。		
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、利用前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。必要に応じて家族、職員で対応している。	家族協力のもと専門医受診が行われ、初回受診には必ず職員が同行し、適切な情報提供が行われている。また、定期的な往診と訪問看護の利用ができるほか、併設するデイサービスの看護師にいつでも相談することができるなど、安心できる医療体制が整えられている。	
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	1回/週の訪問看護あり。必要に応じて電話にてその都度相談している。場合により併設事業の看護師に診てもらうこともある。		
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。	入院した際、家族と情報交換をし早期退院にむけて働きかけをしている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	日頃から本人、家族の意向をくむようにしているが、事業所として体制が十分にできていないとは言えない。検討を行っている。	入居時に重度化や終末期の指針を説明して同意書を交わされ、状態変化時には医師の意見を基に、家族との話し合いを重ね、事業所としてできる限りの対応がされている。家族からの看取りに対する要望が多く、看取りのできる体制づくりの検討を進められている。	家族からの看取りの要望が多いことから、医療との連携の取れる体制を構築するなど、利用者・家族の意向に沿った支援が出来るような取り組みに期待します。
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	緊急対応マニュアルがある。定期的に情報提供パスの更新、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、自治会との協力体制ができており、連絡網がある。	消防計画を現状に合わせたものに見直され、緊急時の役割分担表をフロアに掲示し、全職員が周知できるよう取り組まれている。また、避難訓練に自治会からの協力があり、役割に沿った訓練が実施されている。	災害対策については十分に取組みられております。全職員がいざと言う時に確実な行動がとれるよう、継続的な取組みに期待します。

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	一人一人の性格、行動パターンを把握し無理強いせず、言葉かけや対応をしている。	トイレのドアを閉める、大きな声でトイレ誘導をしないなど、羞恥心やプライバシーへの配慮がなされている。生活の流れを細かく決めず、できる力を発揮しながらそれぞれのペースでゆったりと過ごせるよう支援をされている。	
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	職員のペースではなく、利用者のペースに合わせてながら自己決定の場を多く設けるようにしている。		
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。希望やケアプランにそって買い物、散歩へは出掛ける。		
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	できるだけ一緒に下準備をし、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。食材の買い出しに行くこともある。	職員が献立を決め、それぞれの好みや状態に合わせた食事が提供されている。「うなぎを食べよう会」の企画で毎月外食をされ、食事摂取量の少ない利用者が沢山食べられる工夫やピザやハンバーガー、カップラーメンなど、利用者の希望が反映されている。	
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・水分量は記録し、職員間で共有している。また、毎月の体重チェックをし、増加・減少にも気を付けている。		
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	毎食後ひとり一人の状態に応じて支援している。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。	重度化しても職員2人介助でトイレに座っていただき、可能な限りトイレで排泄できるよう支援をされている。オムツやリハビリパンツは使用せず、利用者全員が布下着やパットを使用し、気持ち良く過ごせるよう取り組まれている。	
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	事業所の都合により午前中の中の入浴がメインになっている。 行事により時間帯が決められることもある。 週2回以上の入浴をしている。	午前の中入浴を基本とするが、利用者の状態や希望に応じ、午後の中入浴にも対応されている。入浴を嫌がる利用者には、馴染みの職員が対応したり、歌をうたって気分を盛り上げるなど、気持ち良く入浴できる雰囲気作りを工夫されている。	
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	一人ひとり自分のペースで休息の時間を作れるように支援している。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なっている。		
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の役割、楽しみごとの支援をしている。		
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	日常的に散歩、買い物で戸外に出かけられるように心がけている。行事でのドライブもある。	豆腐屋やだんご屋などに散歩がてら買いに行くなど、日常的な外出をされるほか、季節の花見やドライブなどが年間行事で企画され、出かけたがらない利用者にも声かけを工夫し、利用者全員が外出を楽しめるよう取り組まれている。	

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方はいる。		
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	大きな窓で採光がとれている。 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心掛けている。	大きな窓から日差しが差し込み、窓際の椅子でウトウトされたり、あちこちに配置された椅子やソファの好きな場所に座り、テレビを観たり新聞を読んだり思い思いに過ごされている。できる方にはモップかけを一緒に行っていたり、清潔な環境作りに努められている。	
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	ソファなど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	本人の状態に応じてベッド、布団を選べるようにしている。	鏡台に化粧品、写真やぬいぐるみなど馴染みの物が持ち込まれ、今までと変わらない生活ができるよう支援されている。また、畳に布団で安心して休まれたり、ベッド脇にマットレスを敷き安全に過ごせるなど、それぞれの希望や状態に合わせた居室作りをされている。	
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	混乱や失敗を防ぐよう、状況に合わせて環境整備をしている。		

(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 グループ

作成日:平成 29年 4月 22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	32	・重度化や終末期になった時の医療の連携のとれる体制化(看取りも含む)	医療との連携が更にとれ、重度化や看取りの体制がとれるようになる。	・医療連携体制の自社化。すぐにかけてられる体制になるよう調整を行う。 ・かかりつけ医との連携(上記体制後)	6ヶ月
2	35	災害対策の継続的取り組みが必要。	全職員がいざという時に対応できるようになる。	・順番で救急が実施している救急講座に参加し、スキルを身につける。その後伝達研修にて拡める。	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。