

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	0870101623		
法人名	株式会社 ユニマットそよ風		
事業所名	水戸ケアセンターそよ風		
所在地	茨城県水戸市見和1-298-9		
自己評価作成日	平成26年6月25日	評価結果市町村受理日	平成26年10月29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/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0870101623-00&PrefCd=08&VersioCd=022
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年7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)】

・ご入居者が安らぎを感じることができ、安全に生活ができるように支援している。・地域とのふれあいの場を大切にし、家庭的な環境の中でその人らしく快適な生活が送れるように支援している。

【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)】

平成15年設立の当ホームは地域に受け入れられており、地元の子ども会や小・中学校との交流などが自然と深まっている。また近くの団地住民とは顔見知りの関係ができており、災害時の協力なども得られている。職員の勤務年数も長く、認知症ケアについて豊富な経験を有しており、管理者を中心として利用者が落ち着いて生活できるように率直な意見を交わしながら日々のケアに当たっている。和やかな職員関係や家族との関係の良さが利用者の日々の生活を豊かにしている家庭的なホームである。
利用者は書や編み物などの趣味を楽しみ、それぞれが畑仕事や食器拭き、掃除などの役割をもち生き生きと暮らしている。機能低下によりケアの必要な利用者は必要に応じて介護ベットを利用したり、認知症によるこだわりには職員がさりげない気配りをしながら、それぞれが落ち着いて生活できるよう支援されている。

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ます (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広がったり深まり、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している (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	地域とのふれあいの場を大切にするため、近隣での行事等へ参加できるような理念を共有している。そよ風内では、安全に過ごしていただけるよう支援いたします。	法人の理念を掲げ、更に地域との関わりや利用者の安全な生活を謳ったホーム独自の理念をつくり全職員が共有している。日々のケアにおいて疑問や迷いが生じた場合の話し合いは理念を意識しながら行われている。	管理者の交代や事業計画の作成時などに地域密着型サービスの意義や事業所の役割などについて全職員で十分な話し合いを行い、職員の思いを取り入れながらホームの理念を再度検討される事に期待したい。
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	日常生活において、近隣へ買い物へ出かけたり、ボランティアを受付、毎月、開催し交流を深めている。	平成15年設立の当ホームは地域との付き合いも長く、市民運動会や小・中学校の催しに参加したり、子ども会に寄付をするなど交流を深めている。また利用者の日々の散歩や買い物外出などでも日常的に挨拶を交わす等の親しい関係が出来ており、災害時の協力等も得られている。	
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	地元小学校の職場体験や近隣の方々とのコミュニケーションを大切に、出来る限り外出行事を大切に考え支援している。		
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	2か月に1度実施。会議録は目を通せる場所に開示している。自己・外部評価は運営推進会議の議題にもあがり、意見を頂くことがサービスの向上の取り組みにも活かしている。構成委員は館内見学もしていただけた。	地域の民生委員や家族代表などにも出席していただき2ヶ月に1回開催している。会議は主にホームの行事などを含め日々の活動状況の報告を丁寧に行っている。出席者からは地域の情報や助言を頂いており、運営推進会議をとおして地域に理解者が徐々に増え、小学校の運動会に招待されるなどの関係も出来ている。	
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	介護保険や生活保護に関する疑問等を、担当者と連絡を取り相談している。運営推進会議にも高齢福祉課職員が参加している。	利用者の日々の暮らしぶり等は運営推進会議などを通して積極的に伝えており、市の担当職員もホーム内で利用者の様子を見て言葉を交わす等丁寧な関わりがある。また市の介護相談員の受け入れ等も行い、日頃から協力関係を築く取り組みをしており、何時でも気軽に相談したり情報を頂ける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	委員会を設置し、3か月に1度事例や疑問点を議題に開催している。身体拘束は行っていない。	年間計画に基づき身体拘束委員会が2～3ヶ月に1回拘束についての検討会を実施しており、全職員は年1回学習会を開催して拘束についての正しい知識を身につけ拘束の無いケアを実施している。拘束が止むを得ない場合には拘束についての同意書を用意し、話し合いの機会を設けている。	
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	研修にて事例を検討している。日々の業務の中でも職員間で気付いたことを話し合っている。身体拘束虐待委員会がある。		

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	権利擁護や成年後見人制度についての研修を行っている。現在、成年後見人制度をご利用されている入居者がいる。職員の理解が深められ支援している。		
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	契約時や改定等があった時には、丁寧に説明したり書面にて送付し同意を得ている。解らない点に関しては、その都度、対応し説明している。		
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	入居者とのコミュニケーションからの気づきを職員間で話し合い改善に努めている。家族とは家族会や行事の場、運営推進会議へは代表者に参加していただき、意見や要望を伺え、今後に反映できるように努めている。ご意見箱を設置している。	日頃の面会時に家族と話し合う機会を設けており、洗面台の修理について等率直な意見を頂いている。運営推進会議への出席や年2回の家族会、アンケート調査なども実施して利用者・家族が希望や要望を言いやすくなる取り組みをしている。また月1回発行するホーム便りでは利用者一人ひとりについての報告を文書で知らせ、常に利用者の生活状況が分かるようにして、職員とスムーズに話し合いができるようにしている。	
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	全体会議・GH会議・ケアカンファを毎月行い、職員の意見や提案できる場を作っている。必要に応じて個別面談を行っている。	様々な会議において常に職員の意見や要望を聴く体制を整えている。管理者は朝・夕の申し送り時などにも職員の気づき等を積極的に聴くようにしている。また職員の様子によっては随時声かけをする等、機会をみては職員の要望等を聴いている。職員からは認知症についての知識を得たい等の要望があり研修を検討している。勤務表は希望休を取り入れて作成され、異動については職員の望まない異動はしない事としている。	
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	管理者や職員の勤務状況を把握すると共に個々にあった業務を分担することにより、やりがいをもち、働きやすい職場を作っている。		
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	新人研修はトレーナーを決めて行っている。1カ月間は日報を記入し、疑問や不安を取りも除けるように進めている。社内研修は毎月行い、社外研修は積極的に受講し、会議で研修報告している。		
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	日々のサービスの問題点を全体会議、研修で相談し、交流や連携を図っている。また、他のグループホームへの見学や研修、事例検討会を通じ交流を持ち、サービスの向上に努めている。		

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
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	実調において困っていることや不安なことを確認し、サービスを利用する上で、あらゆる面から受け止められるように配慮している。		
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	サービス利用前に、家族との連絡を職員からすることで、不安や要望に寄り添える関係づくりに努めている。		
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	本人や家族が一番必要としていることを見極め改善に向けた支援を提案している。その後も、本人に沿ったサービス利用も対応できるように努めている。		
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	職員からの押し付けではなく、協働しながら生活できるような声掛けをすることで、入居者の得意分野で活躍できる場づくりに配慮している。		
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	常に家族の思いに寄り添うことに努め日々の暮らしや体調面等を電話や月報報告書にて報告することで情報を共有化し、一緒に本人を支えていく関係を深めている。		
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	馴染みの人に訪問してもらえよう、家族会や行事への参加を手紙や電話にて働きかけている。馴染みの場所へドライブ外出している。	親しかった友人や知人、家族等に手紙などを出したり、電話で連絡を取り合ったりする支援をしている。またこれまで続けてきた趣味の編み物、書などを楽しむような支援もしている。外出計画に際しては利用者から行きたい所を聞きながら外出先を決め、近くの菖蒲園、行きつけのお店への買い物など馴染みの場所へ出掛ける機会を設けている。	
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	日常生活の中で役割や場面設定に配慮し、利用者同士の関係を良好に保てるように注意深く見守り、職員が調整役となり支援している。		

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	以前に入居されていた家族様から、その後の連絡が入ることもあり、最近の様子や身体状況の話をすることもある。		
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	入居者一人1人の日々の行動や表情から意思の疎通を図るよう努力している。困難な方には、普段の様子を把握・検討し対応している。	ホームに居てもイベントに参加して大勢の人の前で歌を歌いたい、趣味を続けたい等、言葉で思いを表現してくださる利用者の思いにそった支援をしている。言葉で表現するのが困難な利用者場合には場面毎に見せる仕草や表情をケース記録に記入し、会議や日々のミーティングなどで本人の気持ちを考えながら話し合いをして把握し支援に繋げている。	
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	本人や家族から、今までの生活歴や暮らし方などの話を聞くことで、その人らしい過ごし方ができるよう支援している。		
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	一人ひとりの生活リズムを把握することで、本人の現状を知ること努めている。		
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	本人及び家族から思いや意見を伺い、ニーズを把握することで、自分らしく生活していただけるようスタッフ間で話し合い、介護計画を作成している。	利用者・家族の思いを聴きながら、担当職員があらかじめ立てた計画をケアマネを中心とした担当者会議で話し合い介護計画を作成している。介護計画は職員の気づき等も取り入れ、一人ひとりの暮らしに反映できるように丁寧に作成されている。定期的にモニタリングを実施して見直しを行うと共に変化に応じて随時の見直しも実施しており、利用者の現状に合った介護計画になっている。	
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	日々の状況を個別に記録し、入居者一人ひとりのケアプランに反映できるよう、職員間で情報を共有し、実践や介護計画に活かしている。		
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	本人や家族の状況に応じて臨機応変にサービス・支援をしている。		

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
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	慣れ親しんだ地域の名所へ外出したり、定期的な消防訓練に参加している。また、地域で行うお祭りや催し物などに出掛ける支援をしている。		
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	本人と家族の希望を確認し、希望の病院があればご家族対応をお願いしている。緊急時や家族の都合が悪い時には、職員で対応している。希望無ければ協力医院へお願いしています。	本人・家族の希望する医療機関をかかりつけ医とすることは可能であり、基本的には家族付き添いの受診としているが、家族の都合によっては職員が付き添いをする事もある。協力医療機関の医師が2週間に1回往診し利用者の健康状態を常に把握し、安心して適切な医療を受けられる体制が整っている。専門医等への受診も含めてそれぞれの受診結果は「受診ノート」に丁寧に記録しており、本人・家族・医師・職員それぞれが共有できるようにすると共に緊急の場合でも活用できるようにしている。	
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	協力医院の看護師に日常の健康管理を24時間相談することができる。日中は、事業所内にデイサービスがあるので、看護師に相談することもできる。		
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。	入退院時には、診療情報提供書を記入していただき、情報を共有している。ソーシャルワーカーや担当看護師と密に連絡を取り合っている。また、希望病院に受診する際には、お手紙を作成し、担当医師と情報を共有している。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に、そよ風の重度化・看取りの方針を説明している。必要になれば、主治医や家族、職員を含め話し合い支援して行く。	24時間対応可能な医師・看護師との協力体制は整っており、介護経験の長い職員も多く、重度化した場合のケアにも十分に対応できる体制ができている。2週間に1度の往診で利用者の状態の把握ができていことから、重度化や終末期ケアについての方針等の検討も早期に実施でき、本人・家族・職員の安心に繋がる対応が出来るようになっている。	
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	緊急マニュアルに基づき行動が取れるように話し合うとともに、具体的な対応ができるよう、定期的な研修を行っている。		
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	年2回の総合避難訓練は消防署立会いの上で実施している。訓練は、近隣の事業所と連携、協力の下で実施している。年1回の夜間避難訓練も実施している。災害用食糧及び水の備蓄もある。	年3回火災と地震を想定した避難訓練を実施している。夜間を想定した避難訓練では出火元を決め、一次避難ではベランダに出る、次に歩ける利用者は階段を使って玄関前に入る等丁寧な訓練を実施している。近所の住民には見守り等の協力が受けられるよう協力の依頼もできている。	

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	入居者の誇りやプライバシーを大切に、個人ファイル等は事務所に施錠して保管している。一人ひとりに対して丁寧で伝わりやすい言葉かけや対応をしている。	これまでの生活習慣やその人の経験を踏まえた上での接し方を考えており、書の得意な利用者には家族会・敬老会などの開催時に大きく書いてもらったり、利用者一人ひとりが趣味を楽しんだり、畑仕事・掃除・食器拭きの手伝いなど役割のある生活が送れるよう配慮している。職員の言葉かけは親しみを込めながらも丁寧であった。	
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	外出や買い物等で、入居者の希望や意見を伺い予定を立てる時もある。入居者が買いたい物を選べるように支援している。		
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	リズムを個別に把握し、楽しく過ごしていただけるような言葉掛けや場面を促し、個人の希望を引き出せるように配慮している。		
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	入居者の希望を伺いながら身だしなみの配慮に努めている。洋服の買い物にも出かけ選んでいる。マニキュアや化粧をしたり、美容室で毛染め等を本人意見を尊重して支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付け、片付けを行える人には手伝いしていただけるよう配慮している。ランチョンマットや自分のお箸を使い召し上がっていただいている。	朝の味噌汁とご飯は各ユニットで作っているが、他の料理は季節の食材を使い厨房で作っている。月1回は郷土料理を味わったり、外食なども取り入れて食事を楽しんでいる。食事介助もゆっくりと対応し、全利用者が一緒に食事できるような心配りも見られた。日頃職員と一緒に食事をしていないが行事の時には一緒に食事を楽しんでいる。	
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	栄養士がバランスの取れた献立を作成し、それに基づき調理している。入居者の体調に合わせたメニュー変更や調理法で対応し栄養摂取に支援している。食事量・水分量は、その都度記録し状況把握している。		
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、口腔ケアを入居者の状況に応じた手法で行っている。		

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	排泄チェック表を活用し、個人のリズムに合わせた誘導、言葉掛けを行うことにより、気持ち良く排泄できるよう支援している。	夜間オムツを利用する利用者もいるが、一人ひとりの排泄パターンを把握し、それぞれに合わせた声かけをしながら日中は全員がトイレで排泄している。失敗した時はさりげなく声かけし、トイレや浴室で着替えてもらっている。	
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	排泄チェック表に記録することにより、リズムをつかみ、食事・水分・乳製品・運動で便秘の予防に心掛けている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	隔日ではあるが、入居者の希望を確認し、入浴できるように配慮している。入浴剤を使用し、香りや色などで季節を感じていただけるような支援もしている。	それぞれの利用者は一日おきに入浴しているが、お湯は毎日沸かしており、中には連日入浴する利用者もいる。浴室には二つの湯船があり、利用者の好みで一人でゆっくり楽しんでもらったり、二つの湯船を使って賑やかに楽しんでもらうこともある。足拭きタオルは個人毎に替え、湯上りも気持ちの良さを感じてもらっている。	
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	日中・夜間のご様子を確認しながら、体調や表情、希望などを取り、ゆっくり休めるように配慮している。		
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	薬の用法、用量について個人ファイルに保管するとともに、変更に関して申し送りノートに記入し、職員間で周知できるように努めている。薬の準備、引継時、服用時には、名前や数、日にちを確認する。誤薬のないように努めている。		
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	趣味、仕事、生活歴の情報を収集しながら、役割や楽しみがもてるように支援している。		
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	外出企画や個別外出企画があり、入居者の希望を企画に入れる支援をしている。天候によって、散歩、ドライブ、買い物等の希望を取り入れることもある。	天気の良い日には近くの団地へ散歩に出かけたり、近くのお店やコンビニへ買い物に出かけたりと外に出る機会を多くしている。また利用者と一緒に考えた菖蒲園など馴染みの場所への外出やドライブ等の他、気分転換の外出も実施しており、地域の行事への参加なども楽しみ事の一つとしている。	

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	外出時や買い物等の際は、入居者に同行して、物の金額を教え、欲しい物を選んでいただき購入している。		
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	入居者の希望に応じて、電話で話せたり、手紙を送ることもできるように配慮している。		
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	季節感を感じさせる掲示物を入居者と一緒に作成したり、四季折々の行事を通して過ごしていただけるよう配慮している。共有空間には、個人の作品を掲示している。	浴室やトイレは清潔で利用者の機能低下にも配慮のある造りになっている。広い居間の天井は高く星空を眺めるようなさわやかな空間になっている。ゆっくり寛げるソファを置いたり、花火や七夕まつりをイメージした飾りが季節を感じさせており、また時計・カレンダー等を見やすくする等、利用者への配慮が随所に見られた。	
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	玄関先にはベンチを置き、共有空間には、ソファや畳が置いてある。好きな場所で過ごせるよう配慮している。		
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	自宅で使用していた馴染みの家具や小物類を居室に持ち込むことで、その人に心地よく快適に過ごせるよう配慮している。	趣味の書や家族の写真や大きな絵画などを飾ったり、好きな本や人形に囲まれ植物を育てている方、介護用ベットを置いたり、衣服にこだわりがあり居室に洗濯物を干している方など、利用者それぞれの趣味や好み、生活スタイルに合わせ居室作りをしており、居心地良く安心して過ごせるようになっている。	
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	安全に自立して生活していただけるよう建物内部に手すりが設置してあり移動しやすくなっている。居室内にもクローゼットが設置してあり、衣類を分けて収納することができる。		

(別紙4(2))

事業所名:水戸ケアセンターそよ風

目標達成計画

作成日:平成26年10月21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		管理者の交代や事業計画の作成時などに地域密着型サービスの意義や事業所の役割などについて全職員で十分な話し合いを行い、職員の思いを取り入れながらホームの理念を再度検討されること。	グループホーム理念を6か月に1度、職員全員でグループホーム会議の議題に上げ決める。	グループホーム会議内にて職員全員で話し合い、理念を決めています。今後、ユニット別の目標設定も検討しています。	6ヶ月
2					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。