

### 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	0870700192		
法人名	株式会社 ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	結城ケアセンターそよ風	ユニット名( ばら )	
所在地	茨城県結城市結城923-1		
自己評価作成日	令和 2年 4月 1日	評価結果市町村受理日	令和 2年 7月 10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	<a href="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_006_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870700192-00&amp;ServiceCd=150">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_006_kihon=true&amp;JigyosyoCd=0870700192-00&amp;ServiceCd=150</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和2年5月13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)】**

事業所は近くに小学校もある閑静な住宅地に立地しており、普段から地域住民への挨拶を心がけている。また地域自治会に加入し、学校防災会議への参加や毎年夏祭りの子供神輿の休憩所として場所の提供を行い地域住民と交流を図っている。市内の地域密着型サービス連絡会に加入し各事業所との連携や相談などが出来る関係を築いている。同事業所内には通所介護が併設されており、食事のイベントが多く同じ食事内容を提供している。また、慰問ボランティアも一緒に楽しんで頂いたりしている。認知症の進行や身体的な介助も増えているが、ほとんどの職員は介護福祉士を取得しており専門的なケアを心がけている。医療との連携を密にご本人やご家族の要望を伺いながらターミナルケア看取りケアの体制を整え最期まで住み慣れた場所で過ごせるよう支援している。

**【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)】**

事業所は閑静な住宅街にあり、小学校や公民館・お寺・病院・商業施設等が近くにある生活環境に恵まれた所にある。事業所は自治会に加入し、近隣住民と防災会議に参加することで、事業所の緊急時の協力が得られている。また、事業所は利用者一人ひとりの想いを優先に考え支援している。管理者と職員は家庭的な雰囲気をお大切に行事等に工夫をしている。地域の祭りではお神輿の訪問があり、子どもたちとの交流も利用者の楽しみになっている。

**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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	ホーム独自の理念を掲げ、毎朝朝礼時に会社の理念と共に唱和しスタッフ間で共有し、実践につなげるようにしている。	理念に沿って、一人ひとりが役割を持ち、その人らしく生活できるよう支援しているが、現在の理念は長年使用しているもので、見直しを行うまでには至っていない。	長期間同じ理念を使用していることから、管理者と職員で話し合い分かりやすい理念へ変更され、サービスの向上に繋がることを期待する。
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	日常的な交流は数少ないが、出来る限り地域イベントに参加する機会を設けるようにしている。地域に向けグループホームでの取り組みをホーム便りとして地域に回覧して頂いている。	自治会に加入し、利用者と職員で回覧板を回しに行ったり、地域のお祭りに参加して交流を図っている。様々なボランティアや高校の実習を受け入れている。	
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	認知症ケア専門士や認知症地域サポート窓口のステッカーを貼り周知に努めている。また、地域の高校の実習の受け入れや、運営推進会議での報告などで認知症の理解や支援方法など周知に努めている。		
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	運営推進会議では、入居状況・活動状況等の報告を行なっている。また、会議には利用者家族や地域住民代表も出席しており、会議において出た意見や要望をサービス提供に反映するよう努めている。	地域密着型事業所の管理者と互いに運営推進会議に参加する等して情報交換をしている。利用者の様子の中で、認知症の症状や支援方法を委員に話している。	
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	市の担当者とは介護保険や生活保護に関する相談や助言を受けている。顔の見える関係を作る為出来る限り窓口訪問している。2ヶ月ごとの運営推進会議では、活動報告や現状報告を行っている。	介護保険の更新や相談等で毎月窓口を訪問するほか、結城市地域密着型サービス事業者連絡会に参加することで、信頼関係が構築されている。管理者は結城市の認知症サポーター会議の代表を務めている。	
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	施設内で身体拘束適正化委員会を設置しグループホームの職員が委員長を務めている。会議の他勉強会も開催し全職員で周知徹底し取り組んでいる。当ホームには階下に通じる階段ドアには施錠の制限があるが、階下に行きたいという個人の意思や思いを尊重し日常的にエレベーターを利用して頂いている	身体拘束委員会の職員を増やし、職員会議にて勉強会を行っている。また、議事録を回覧することで、職員が周知している。出入口は安全確保のため全て施錠しているが、家族等に同意書を得るまでには至っていない。	出入口の鍵の施錠にて利用者の安全を維持している旨を利用者及び家族に説明し、同意書を得ることを期待する。

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
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	身体拘束適正化委員会と同様に虐待防止検討委員会を開催している。事故以外の不明のアザ等を発見した場合は、事故報告書を提出することになっている。委員会の議事録の回覧や勉強会の開催し未然の防ぎ取り組みをしている。		
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	現在は日常生活自立支援事業や成年後見制度を利用している方はいないが、年間研修において勉強会を開催しており職員が知識を深める機会を設けている。		
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	契約時や解約時には、契約書、重要事項説明書・個人情報の取り扱い等について出来る限りわかり易く説明を行い理解に努めている。また、法改正時にも十分な説明を行い、同意書を交付し理解して頂ける様に努めている。		
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	入居者様からの意見や要望は職員会議で話し合いしている。面会の際にご家族様から職員へ意見や要望を伺うことが多く、頂いた意見要望は職員で共有し運営推進会議などでも意見を頂くようにしている。	利用者や家族等が意見や苦情を言える機関を重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。年1回家族会を開催し、家族等から出た意見は個別記録や申し送りノートにて職員で共有している。家族会には職員が同席する時間と家族だけで話す時間を分けて開催している。	
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	毎月の全体会議や部署別の会議の際に話し合いが出来る機会を設けている。また、会議以外でも個別の面談や気軽に意見や提案・相談や要望等を聞く時間を持っている。	日頃から話しやすき雰囲気づくりに努めるとともに、毎月の職員会議時や、部署別の会議で話し合いができています。職員から出た意見には検討し、迅速に対応している。	
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	定期的な個人面談の機会があり職員が働きやすい環境を作っている。また本社から様々なインフォメーションがあり、福利厚生やイベントなどが開催されている。		
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か月間は日報を提出することで疑問や不安を取り除ける様進めている。全体会議や部署別の会議での勉強会の開催の他、本社主催の研修会にも参加できるようになっている。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	県内7か所ある銅市法人運営のグループホームがあり、協議会として管理者や計画作成担当が集まりサービスの質の向上等話し合いを行っている。また、市内の地域密着型サービス連絡会にも参加している。	
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	入居前の実調や担当ケアマネジャーやご家族様からの情報収集に努めアセスメントした結果やご本人が入居前にどのような生活を送ってきたか等を把握し入居後安心して生活が始められ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	入居相談時、ご家族様の思いを受容的態度で理解に努め、ご家族様と共にご本人を支える支援を提案させて頂きながら関係性を深めて行けるよう努力をしている。	
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	グループホームでの生活を開始することがご本人やご家族にとって最善であるかを見極め、ご本人やご家族が望んでいる事を確認している。開始時には望む暮らしの把握に努めている。	
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	暮らしの中での様々な場面において、役割を持ち活躍できる場を提供している。介護者は一緒に助け合いながら暮らしていることを言葉等で伝えながらケアを行っている。	
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	毎月各居室担当者が月間報告書を記載し、ご家族様宛に送付している。面会時や電話などで些細なことでも相談や報告するようにしている。面会頻度の少ないご家族様にも面会のきっかけを作るようにし共に支えあう関係を作るようにしている。	
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	ご利用者様の友人・知人がいつでも訪れて頂けるよう面会時間を定めず支援している。また、ご家族と外食やお墓参りの際にも送迎などの支援を行っている。	入所時の生活歴や家族の話から把握しており、フェイスシートや日々の関わりの中から把握している。職員はケアカルテや面会簿にて共有している。面会時間を定めずに友人・知人が訪れやすい環境作りを工夫している。
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	利用者同士の関係性の把握に努め、家事等を通じ助け合い響きあう事が出来るよう支援している。また、関係が築けない方が孤独ととらえる事がない様に職員が寄り添うように努めている。	

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
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	長期入院等で退居された方などには面会に行ったりご家族にご様子を伺ったり関係を保つようになっている。		
<b>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</b>					
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	ご本人様の考えや思いを傾聴し把握に努め、可能な限り応じるように努めている。また、意思を伝える事が困難な方に対しては、日々の行動や仕草、表情等を確認しながら支援している。	入所時の聞き取りや生活歴から把握しており、アセスメント表や業務日誌、申し送りノート、個別記録にて共有している。職員は日々の関わりの中で何気ない表情や仕草から汲み取るようにしている他、利用者の考えや意見を傾聴し、把握に努めている。また、夜勤時等を利用して利用者に関わる時間を増やす努力をしている。	
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	入居前の実調や担当ケアマネジャー・家族様からの情報収集に努めている。入居後に得た情報も共有し生活歴や馴染みの生活を尊重したケアを心がけている。入居の説明時には家で使用していた家具や道具の持ち込みも進めている。		
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	一人一人の状態を見極め、有する力を活かせる支援している、また、日々の様子や体調の変化を見逃さないように観察し記録に残し情報を共有しケアを行っている。		
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	カンファレンスにおいて、ご本人やご家族様の思いや要望を伺い、職員の意見も反映させ、介護計画書を作成することを心掛けている。	毎月カンファレンスを行い、担当職員の意見を聞きながら、利用者の状況や更新時等、必要に応じて見直している。	
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	2019年4月より電子カルテに変更している。日々の様子や介護計画に沿ったケアの実践・結果等を入力し職員間の情報共有に努めている。日々の様子や状態変化、気づきや工夫については特記の項目を利用し申し送りや共有を図っている。		
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	デイサービスを併設しており、ボランティアの方を招いてのイベントなどは交流も兼ね、一緒に楽しめるよう支援している。身体状況に応じて、デイサービスの特殊浴槽を利用している。訪問医療マッサージや訪問歯科診療等も連携している。		

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	利用者様個々のニーズに応じて、新聞販売店や乳製品販売店を利用する等、地域資源を活用している。また、地域行事やイベントに参加する機会も設けている。		
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	本人様やご家族様のご希望・ご要望を重視し、かかりつけ医との継続的医療を可能な限り実践している。また、他の医療機関を希望される場合は、情報提供を行うよう努めている。2020年1月より訪問看護ステーションを変更し連携がスムーズになっている。	希望するかかりつけ医への受診が可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回ある。医師とは口頭でやり取りをし、職員が往診記録を残している。	
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	訪問看護事業所と医療連携体制を締結し、看護師の週2回の訪問が行われている。訪問時に相談・報告事項を伝え、それに対してアドバイス等を頂き、その後の支援に反映させている。		
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。	入院した際には定期的に訪問し、状態の確認や退院の見込み等の情報収集に努めている。ご家族様とも連絡を取り早期退院に努めている。また、医療連携室等へ訪問し、ホームの情報提供活動を実施し、関係が築けるよう努めている。		
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	契約時に重度化や終末期に向けた事業所の対応指針を説明し、利用者や家族等の同意を得ている。今後もご本人やご家族様の要望を確認しつつ、関係者と共に終末期ケアに向けて連携が図れるよう取り組んでいる。2020年1月より訪問看護ステーションを変更し連携がスムーズになっている。	重度化や看取りに関する同意書があり、入居時に説明し、同意を得ている。2020年1月より訪問看護ステーションが変更になり、終末期ケアに向けての連携が構築されている。職員は年1回看護協会の研修に参加するほか、毎月担当職員が講師となり内部研修を行っている。	
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	事故発生時や利用者急変の際の対応マニュアルを作成している。定期的な勉強会を開き、知識や技術の習得に努めている。事故発生の際には事故報告書を作成し情報の共有を行っている。		
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	災害時の緊急連絡・避難経路・避難場所・消火器の設置場所や使用方法・非常時用備蓄品の管理等、訓練や研修を通し職員全員が理解できるよう取り組んでいる。また、様々な災害を想定し避難訓練を実施している。地域自治体の緊急要請等協力体制を確立している。	夜間や地震を想定した避難訓練を行っている。地域の防災会議に参加し、災害時の連携作りに活かしている。訓練後は反省会を行い、課題について話し合っている。職員は緊急連絡網を活用している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	職員は一人ひとりにあった声のかけ方や対応でプライバシーや誇りを損ねないよう心掛けている。肖像権を含め、個人情報保護や情報開示に関する同意を得ている。	管理者や職員は利用者に対する言葉遣いに配慮して、職員からの押し付けではなく利用者の意思を確認してから次の行動に移すようにしている。職員は接遇マナーの研修を受けている。	
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	職員からの押し付けではなく、本人の意思を確認してから行動へ移すようにしている。利用者の会話等からも、本人の思いや希望を自己表現や自己決定できるようにしている。		
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	職員側の業務が優先されないよう、1日の時間の流れを考慮し、ご本人様の希望に出来る限り添えるよう支援している。		
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	ご家族様に協力や理解を頂きながら、ご本人の好みの衣料品や化粧品を購入したり、理美容の支援を行っている。一人ひとりのこだわりや思考を大切にした支援に取り組んでいる。		
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	お米砥ぎや食事を盛り付けやテーブル拭き、食器洗い、食器拭きなど、準備や後片付けを参加して頂き、できる範囲でご本人様の持つ力を活かせるよう支援している。誕生日にはお赤飯を提供している。	日頃から利用者の出来ることを手伝ってもらい、役割が増えるよう工夫をしている。季節ごとの行事食を提供したり、月1回「美食祭り」を行うなど、食事が楽しみとなるようにしている。	
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	栄養士管理の栄養バランスの良い食事が提供できている。個々の食事量や水分量を毎回記録している。毎月2回の体重測定や食事形態の提供方法についても工夫し個々に合った対応を行っている。		
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	持っている能力を維持しつつ、声かけ誘導を行っている。介助の必要な方も職員によって口腔ケアを実施している。今後訪問歯科医院と提携し口腔ケアに力を入れている。		

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
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	排泄チェック表の確認や排泄状況を把握し、声掛けにて可能な限りトイレにて排泄が行えるよう支援している。スタッフは個々に応じてスムーズに排泄が済ませることが出来るようプライバシーに配慮したケアを心がけている。	利用者ごとにプライバシーに配慮した対応をし、可能な限りトイレでの排泄を行うことで入所時オムツ使用の利用者がリハビリパンツでトイレでの排泄ができるようになった。	
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	細目に水分を摂って頂くなど水分量の管理を徹底したり、日々のレクリエーションなどに運動を取り入れたりと一人ひとりに応じた支援を心掛けている。また、便秘対策としてのセンナ茶や毎日の乳製品を飲用して頂いている。		
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	毎日入浴をして頂けるようにしている。気の合う仲間同士の入浴や入浴剤を使用し香りや色を楽しんで頂ける環境を整備している。また、機械浴・半身浴・シャワー浴等を身体状況に応じ提供している。	できるだけ利用者の意向に沿って入浴できるよう心掛けている。併設の施設にある機械浴を使用することもできるようになっている。	
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	個人の生活習慣に合わせ静養時間や就寝時間を設けている。夜間良眠出来るよう日中の活動量に気を付け、状況に応じて下肢マッサージや足浴等を提供している。		
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	既往症・現病に応じて医師から処方された薬剤情報を確認するよう努めている。内服薬の増減・新薬の投与における身体の変化や心理に及ぼす影響等、観察を怠らないよう努めている。		
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	個々の得意分野を把握に努め、負担にならないよう実施している。また、傾聴ボランティア等を受け入れることで気分転換を図っている。		
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	個人の希望や必要性に応じて散歩や買い物等の外出をしたりと、季節を楽しむ機会を設けるよう努めている。	日常的な外出は難しいができるだけ施設の周りを散歩したり、買い物に出かけるなどしている。個別に外出や外食、自宅への送迎支援などを行っている。	



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
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	現金使用を希望される時の買い物の同行や自己管理しているご利用者様へのフォロー等、個々のスタイルに合わせた金銭管理が出来るよう支援している。		
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	ご希望に応じて自由に電話が出来る環境を整えている。また、手紙や年賀状等ご本人様に書いて頂けるよう環境作りに努めている。		
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	四季折々の花を活けたり、手作りの作品を飾る。また、音楽を流したりすることで心地よい空間になるよう工夫している。汚れや匂いにも十分注意し、ご利用者様が快適に過ごせるよう取り組んでいる。	玄関は広く、車椅子の利用者も安心して出入りができるようになっている。食堂兼居間の周りに居室があり、利用者が孤立しないようになっている。テレビやソファ・椅子や小上がりにて寛ぐことができる家庭的な雰囲気である。壁には手作りのカレンダーや季節感ある作品等が掲示されている。	
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	ソファや畳コーナー等を設置することにより、好みの場所の選択肢が増えるよう工夫している。		
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	本人様の愛用品や自宅で使われていた馴染みのものを取り入れることが居心地が良い空間作りに繋がることを家族様に説明し、ご本人様の思いが詰まった大切な場所になるようご家族様と一緒に空間作りを行っている。	居室にはエアコンやベッドが備え付けられている。自宅で使用していた馴染みのものを持参して自宅の部屋近い空間づくりをして居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	家具・家電の配置を工夫し、危険が無い住環境を提供している。また、ご利用者様が中心になり自室の整理整頓が行えるような声掛けを心掛けている。		

(別紙4 (2))

目標達成計画

事業所名 結城ケアセンターそよ風

作成日 令和 2年 7月 8日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	長期間同じ理念を使用していることから、管理者と職員で話し合いで分かりやすい理念に変更され、サービスの向上に繋がることを期待する。	現在の理念を再検討し、グループホームで出来る看取りケアを含めた理念を作成する。	現在所属する職員のケアに対する思いをアンケートし新しい理念に変更する	3ヶ月
2	6	出入り口の鍵の施錠にて利用者の安全を維持している旨を利用者及び家族に説明し、同意書を得ることを期待する。	出入り口施錠に関する同意書を作成しご家族様に同意を得る	出入り口の施錠に関する同意書を作成しご家族様に書面にて同意を得る	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。