

# 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   | 2372101341      |            |             |
| 法人名     | 株式会社メデカジャパン     |            |             |
| 事業所名    | 岡崎ケア センターそよ風 2階 |            |             |
| 所在地     | 愛知県岡崎市日名南町5-25  |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成22年10月20日     | 評価結果市町村受理日 | 平成22年12月27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="http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372101341&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-aichi.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2372101341&amp;SCD=320</a> |
|----------|---|

## 【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『サークル・福寿草』                |
| 所在地   | 愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 COMBi本陣S101号室 |
| 訪問調査日 | 平成22年11月6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)】

|   |
|---|
| 岡崎ケアセンター アピールしたい点<br>・年2回日帰り旅行(家族とのふれあい)<br>・職員の定着(退職される職員が少ない)<br>・季節毎の行事・食事の工夫<br>・認知症の研修・講習に参加している |
|---|

## 【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)】

|  |
|--|
| ホームは、通所介護事業所と併設しており、建物の2階と3階がグループホームとなっている。ホーム内は、オーナーの意向と意思もあり、広めの面積を有することができるように設計したことで、ゆったりとした雰囲気を実現している。事業所センター長とホーム管理者は、長年にわたり変更がないことで、同じレベルの介護サービスを長期間にわたって提供できている。職員と家族に対して、同じ考えと意思を継続して働きかけ、利用者、家族、職員からの信頼感も高く、その結果が、職員の高い定着率と、家族アンケートの満足度につながっていると思われる。職員や家族の意見・思いを受け止めながら、一人ひとりに寄り添った介護を実践している様子が伺えた。職員で作成した理念である「安心・喜び・明るく・楽しく」が実践されているホームである。 |
|--|

## 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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)            | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |  |                                       |   |                   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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                             | 地域住民と交流をはかっている。                       | 運営法人で示されている理念の他、ホーム職員で作成した理念を実践している。職員は、理念にある考え・思いに共感し、日々実践しているといえる。  |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                             | 地域のスーパーへ毎日買い物に行っている。                  | 日常的な交流の他、通所介護との合同の夏祭りを開催し、地域の方を招待している。逆に、地域のお祭りの際には招待されている。さらに、保育園の園児の訪問や、小学校の生活発表会に参加し、相互の交流がある。           |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                           | 地域のスーパーへ毎日買い物に行っている。                  |   |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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        | 地域の行事に参加したり、事業所の夏祭りに地域の人に参加して頂いている。   | 2月に1回開催し、運営上の報告を行い、家族と他の出席者との意見交換など、出席者同士で意見を交換する機会も作っている。さらに、ホームの避難訓練を見てもらうことで、現状と安全について意見を頂いている。          |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>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                   | 運営推進会議や市の小部会に参加し協力関係を築いている。           |   |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 身体拘束廃止委員会を設けている。職員全員拘束しないケアーに取り組んでいる。 | ホーム内に、「拘束防止委員会」を設置し、職員で確認している。法人が研修会を開催し、出席者がホーム職員に報告し、情報を共有している。また、玄関の施錠については、玄関が見守りのできない構造の為、やむを得ず施錠している。 |                   |
| 7                 |     | ○虐待の防止の徹底<br>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        | 全体会議・GH会議で話し学び職員全員意識をもってケアしている。       |   |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 必要な利用者に成年後見制度を活用している。必要だと思われる入居者様には説明している。     |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 入居時説明し、改定時は新たに場を設け説明を行っている。家族の不安や疑問は伺うようにしている。 |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 意見箱の設置、家族面談時に意見・要望を伺う機会を設けている。                 | 3か月に1回、家族面談会を設け、全利用者家族との面談を行い、意見・要望を聞いている。写真入のホーム便りを毎月発行し、ホームでの様子を細かく報告している。       |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 職員の意見や提案は日常的に聞き反映させている。                        | 常勤者は、年1回の人事考課時、非常勤者は契約更新時に、意見を聞く機会としている。さらに、月1回のGH会議を行い、職員からの意見や業務改善につながる発言を促している。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | やりがいはあるが、給与水準・有給・労働時間の条件の整備がおこなはれていない。         |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 職員一人一人に合った研修に参加している。                           |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 小部会・中三河ブロック交流会に参加している。相互訪問の活動を行っている。           |  |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 常に本人様と話し合い信頼を深められるよう、焦らず対応している。                   |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居時に情報収集全職員で共有し関係づくりに努めている。                       |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ディサービスに来られる催し物を見学している。                            |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 利用者様の気持ち想いを大事にし楽しく暮らせるようにしている。                    |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族と共に本人を支えている。家族からの要望を聞き本人の支援に生かしている。             |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 馴染みの方の来訪は全て受け入れており場所については家族と外出される。                | 月1～2回、以前の友人・知人が訪問することがある。ホームでは、お小遣いを家族に持参してもらうことで、家族との絆の維持に取り組んでいる。また、買い物、食事、墓参りに家族と出掛ける方もいる。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                  | 一人一人の支援を行うと同時に全員支援できる事を行いながら利用者同士が支え合えるように支援している。 |   |                   |

| 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<br>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                    | 他施設へ移動された際、様子を伺いにかけてる。入院時はお見舞いにかけている。   |  |                   |
| <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<br>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   | 家族や本人の意見を把握検討している。                      | 「出来ること、出来ないことシート」を作成しながら、一人ひとりの状況、思い、意向を確認し、把握するように努めている。一人ひとりを担当する職員を2名体制で配置し、細かに把握できるように取り組んでいる。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 情報を家族・本人様より収集している。                      |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 1日の記録・介護支援記録に記入し全職員が目を通してしている。          |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 家族面談時やGH会議の際問題点を話し合い介護計画をみなおし作成している。    | 担当者を2名体制で配置し、問題点を洗い出している。毎月のGH会議で、2~3人位をモニタリングをしながら見直し、変化がなくても3か月毎に見直している。また、急変時には随時の見直しを行っている。    |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 職員間でミーティングを行い、一人一人について介護計画のみなおしに活かしている。 |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 状況やニーズに応じて支援している。                       |  |                   |

| 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  |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 本人の意向や必要性に応じて民生委員・ボランティア・文化・教育機関と協力し支援している。 |  |  |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 2週間に1度協力医の往診がある。                            | かかりつけ医は、往診の対応があることで、家族に確認し、全員がホーム提携医となっているが、以前からのかかりつけ医とすることもできる。受診は家族にお願いしているが、急変時には、職員も対応している。 |  |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 常勤看護師がいるので相談し指示を受け対応している。                   |  |  |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院の際には日頃の様子を細かく伝え退院の際には今後の対応などの情報を得ている。     |  |  |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 協力医・責任者・家族間で十分話し合いその結果を職員に説明 職員全員で支援している。   | 現状、ホームでの看取りの実績はない。家族とは、看取りの希望があれば、職員、家族、医師と話し合いを重ねながら、出来ることを支援する方針である。                           | 家族の思いや希望は、利用者の状態により変化することや、職員が対応できるかどうかについて、継続して、研修等の機会を設けながら確認されることを望みたい。 |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 急変や事故発生時の対応マニュアルを共有している。                    |  |  |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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回防災訓練を行っている。地域の協力を得ている。                   | 年2回の避難訓練のうち1回は、夜間想定である。スプリンクラーの設置も完了している。オーナーが地元の消防団の団長でもあり、地域との協力体制も築けている。また、備蓄品も各階に確保している。     | 夜間体制について、職員の不安を軽減していくためにも、夜間を想定した緊急対応について、研修や訓練を続けられたい。                    |

| 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<br>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                   | 言葉かけや対応には常にききおつけている。                                       | 運営法人で利用者への対応、プライバシーに関する研修を実施し、出席者がホーム職員に報告している。言葉遣いについても、日々、職員同士で注意していくように気をつけている。             |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人と良く話し押し付けるのではなく耳を傾けるよう働きかけている。                           |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 一人一人の体調に合わせて過して頂いてる。                                       |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 2ヶ月に1度移動美容室を利用している。衣服を選んだり、買い物にでかけたりしている。衣替えも四季に合わせて行っている。 |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 利用者様のレベルに合わせた食事。メニューは利用者様と考えて決めている。                        | メニューは、利用者の意見も聞きながら決めている。食材を購入し、調理・配膳についても、できる方には参加してもらっている。職員は、利用者と一緒に食事をし、楽しい食事になるように取り組んでいる。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | バランス良く栄養が摂れるよう献立を工夫している。食事・水分摂取量は毎日記録しています。                |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後行い義歯は夜間消毒している。  |  |                   |

| 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<br>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                             | 一人一人に合わせて支援している。声かけなどで失禁をへらしている。                   | トイレでの排泄ができるように、おおよその時間をみながら声をかけ、見守りをしている。出来る限りオムツを着用しないように、紙パンツから布パンツに変更できる方には、変更できるように対応している。                 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 一人一人の排便状況を把握し食事や運動で工夫している。                         |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                            | 入浴の時間は一律であるがその中で楽しんでゆっくりと入浴できる様心がけている。             | 浴槽が浴室左右に2か所あり、1～2名での入浴である。午後3時30分からの夕方の入浴で、お風呂を毎日準備し、本人の希望に合わせてながら、ほとんどの方が毎日の入浴である。入りたがらない時には、清拭を行い、清潔に心がけている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 個々の就寝時間に合わせて支援している。                                |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 薬の効能や副作用などノートに記入し把握している 症状の変化は常に確認している。            |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | カンファレンスや会議などを通じて一人一人が得意な事楽しみな事を把握し役割分担しできる事を行って頂く。 |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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支援している | 毎日の買い物や四季を通じて外出している。                               | ホームでは、毎月出来るだけ外出する機会を作り、その様子をホーム便りで報告している。日常的な散歩も、行ける方には行っている。さらに、年2回、家族にも参加をお願いして、日帰りで旅行に出掛けている。               |                   |



| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | お金を所持し使えるようにしている方もみえる。お預かりしている方は必要に応じて支援している。               |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 御家族に電話をかけたらかかってきた時は話される。出来る方は手紙もやりとりされる。毎年年賀状はだせるように支援している。 |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 入居の際に居心地良く過ごして頂くよう使いたれた愛用の物をもって来ていただいている。                   | ホーム内の空間は、広めにとられており、明るくゆったりとした雰囲気である。利用者が作った作品が廊下の壁等に飾られ、季節感を出している。また、エレベーターを自由に使うことも可能である。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 共用空間にはテーブル席やソファがあり思い思いに過ごされている。                             |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居の際に居心地よく過ごして頂けるように使い慣れた愛用の物を持ってきて頂いている。                   | 居室は、思い思いの品物を持ち込んでいる方と、逆に何も飾っていない方もおり、様々である。居室内も広い面積がとられてあり、車椅子による移動も無理なくできる構造である。          |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | トイレは日中も居室近くに行って頂くようにしている。居室は入口に御本人の写真を飾り分かりやすくしている。         |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名 岡崎ケアセンターそよ風

## 目標達成計画

作成日: 平成 22 年 11 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        | 44   | 排便困難<br>スムーズケア 快便 | 定期的な排便 | 食事・運動・薬による対応       | 6～12ヶ月     |
| 2        |      |                   |        |                    | ヶ月         |
| 3        |      |                   |        |                    | ヶ月         |
| 4        |      |                   |        |                    | ヶ月         |
| 5        |      |                   |        |                    | ヶ月         |