

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	1171000175		
法人名	株式会社ユニマツそよ風		
事業所名	八潮ケアセンターそよ風		
所在地	埼玉県八潮市中央三丁目1番地12		
自己評価作成日	平成24年3月19日	評価結果市町村受理日	平成25年2月4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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do
----------	---

【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24年4月5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)】

入居されている利用者様の介護度が重度化されても、住み慣れた場所で安心して過ごしていただける様支援している。

【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)】

管理者を中心に職員が自ら考え、意見・アイデアを出し合う習慣が築かれ、事業所独自の「状況確認シート」を作成し、現状の問題点や職員が考えた提案を取り上げ、業務の改善を図るなど、サービスの向上に努められている。居室の出入り口に利用者の「干支」の絵を貼り、自分の部屋であることをイメージしていただいたり、利用者の希望・要望にも積極的に応えて、居酒屋や焼き鳥店への外出支援が行われるなど、ユニークな取り組みが行われている。平成22年度の目標達成計画、災害対策を取り上げ、運営推進会議の議題とし、地元の自治会や消防団との連携協力が検討された。また市町村との連携を図るために、運営推進会議の議事録を届け、事業所の取り組み姿勢の周知に努めるなど、目標達成に向けた積極的な取り組みが伺われる。

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、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	理念は、職員のよく見える所に掲示し、毎日復唱することで共有し、実践できるよう努力している。	職員全員で作成した事業所独自の理念を掲げ、その実現に向けて、毎月の目標を決め、業務に取り組みされている。理念にある利用者が自分らしく自由に笑顔で過ごせるよう、利用者を第一に考え、個々にあわせたケアが実践されている。	
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	市内の学生の体験学習や保育所の児童とのふれあい、地域ボランティアの受け入れなどで交流を図っている。また、近所への買い物や散歩に行き会話などを通して交流が図れるようにしている。現在、自治会への参加を検討中である。	地域の行事や「ゴミゼロ運動」に参加し、事業所の10周年祭に、地域の住民を招くなど、相互交流が図られている。また、歌・ギターなどの地域ボランティアや中学生、幼稚園児の来所も受け入れ、利用者が地域と繋がりながら暮らし続けられるよう取り組まれている。	
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	いつでも見学を受け付けている。また、相談・意見などの対応をしている。入居相談時に、認知症の方の対応方法を伝えている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	参加者の意見やご家族様への事業所に対する要望のアンケート結果を会議で職員と話し合い、サービス向上に努めている。災害時について取り組んだ。	定期的開催され、その時々テーマや家族からの意見・提案に対して、活発な意見交換がなされている。消防署職員にも参加いただき、事業所の避難経路を確認し合うなど、事業所からの報告だけでなく、多方面の話し合いがなされ、事業所の運営に活かされている。	
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	市担当者や地域包括支援センターの職員と随時連絡を取り、サービスの不明な点を問い合わせたり、定期的な会議に参加し、情報の共有を行っている。市担当者へ運営推進会議録を提出し、現状の報告をしている。	市の担当者とは、緊密に報告や連絡を行うことで、連携が図られている。運営推進会議の資料を持参し、それをもとに、日々の事業所運営に関する相談にも応えていただくなど、良好な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	身体拘束廃止委員会を開催し、話し合いをしている。施錠については、定期的に話し合いを設け、職員や家族に意見を聞いている。安全を配慮しながら、自由に行動できるようにしている。	定期的な研修や会議などで、身体拘束をしないケアについて、随時話し合われている。身体拘束だけでなく、利用者を精神的に拘束する行為や言葉使いにも注意を払い、利用者の動きを止めることなく、自由に生活いただけるよう支援がなされている。	
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	毎月、現状を把握する為に、状況確認シートを作成して心理的虐待防止に取り組む。尊厳についての勉強会を行う。		

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	後見人がついている方がいたので、情報の共有に努めた。利用者の、通常の生活範囲内で使用する程度の買い物など、家族に相談して購入している。		
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	入居・退去前や改定時には、払拭できるよう十分な説明を行っている。		
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	運営推進会議で意見交換をしている。また、時にはセンターへのアンケートに答えて頂き、その結果を職員に会議で伝え、改善に努めている。介護相談員が、毎月来所して利用者の意見を聞き、報告書を職員に回覧している。	利用者からは、日頃の関わりの中で、家族とは運営推進会議や家族会・面会時に意見・要望の聴き取りが行われている。また、サービスに関しての家族アンケートも実施され、その結果を全職員に伝え、業務の改善に反映させている。	
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	月に1回会議を行い、意見の交換をしたり、提案の決定を行っている。	職員の業務分担制、担当者制を取り入れ、グループホーム会議で各担当職員より、ケアを含めた業務改善についての意見・提案が出されている。また、職員が自ら考えられるよう「状況確認シート」を作成し、リーダーを中心に、問題点の発見、解決を図るなどの工夫も見られる。	
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	年に1回の契約更改制度にて面談をして、雇用形態、給与等の見直しを行い、個々の業務に対するやりがいを持つような目標設定等を話し合う機会を設けている。		
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	社内外の研修が受けられるようにしている。資格取得を進めている。		
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	介護事業者連絡会や市内のグループホーム会議にて勉強会や意見交換を行っている。社内の他センターとの研修等で、独自のサービスなど情報交換をしている。		

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	入居前の見学や訪問の中で、より多くの情報を得よう努めている。世間話を通じアセスメントを行い、本人の不安や思いをくみとり安心していただける様心がけている。		
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	入居前にセンターを見学して頂き、センターの環境・設備や対応についての説明を十分行っている。家族の関係や状況なども配慮しながら、協力体制など少しずつでも改善できるように努めている。		
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	実態調査、アセスメントを行い、本人と家族の課題を明確にして、改善されるよう援助計画を立て支援している。		
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	共に日常生活をしていくうえで、教えて頂いたり、協力し合い、共に支え合っている。		
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	面会時はもちろん、書面でも日々の様子や往診結果を家族に伝えて、今後の事など相談している。		
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	友人や知人との関係が途絶えないように、面会・外出の制限はなく、電話・手紙の取り次ぎを援助している。	知人や友人、昔の教え子などが来所し、一緒に食事に出かける利用者もおられたり、電話や手紙のやりとりへの支援もなされている。慣れ親しんだ店での買い物や、美容室の利用、墓参りなど、馴染みの人や場との関係継続への取り組みも行われている。	
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	利用者同士会話がはずむよう、職員が間に入り、話すきっかけを作るようにしている。出来ない事をお世話したり、協力し合い生活しているのを見守り、環境を整えている。		

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	入院し退去された方などは、お見舞いに行ったり、その後の状況を聞いたり、他施設等に入所された方の相談も受けたりしている。		
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	希望、意向を本人に答えていただけるよう努めている。家族へも口頭ではなく書面で確認している。日々の表情や行動を見ながら、把握に努めている。	利用者の好きなことを一緒に行いながら、季節やニュースの話題をきっかけにして、声かけを行い、答えをせせらず、ゆっくり待つなどして、思いや意向の把握に努められている。家族からの情報や生活歴の振り返りなど大切にされている。	
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	実態調査にて、本人や家族に聞き、暮らしについての把握に努めている。		
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	月1回のモニタリング、ADLの変化にともないアセスメントを行い現状把握に努めている。		
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	本人、家族から希望を伺い、主治医に相談したりして、職員間で会議を定期的に行っている。その後ケアプランを作成している。	利用者一人一人について、気づいたことを日々の申し送りや会議で話し合い、利用者・家族の意向も取り入れ、計画作成がなされている。計画が日常生活に即したものになるよう、独自の介護援助計画表を作成するなどの工夫も図られている。	
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	言動など、日々の状況について支援経過に記録している。プランの実施記録や申し送りや日誌で共有できるようにしている。		
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	出来る限り入居者の通院に同行し、支援している。事情により他施設への入所希望があり、その支援をしている。デイサービス利用者との交流が図れるようにしている。		

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
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	散歩したり、買い物等に行かれたりしている。地域の理美容店や商店の理解を得て一人での利用ができるようにしている。幼稚園や小学校、消防署、成年後見人と協力しながら支援している。		
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	月2回往診が来るが、かかりつけ医に継続して通院する場合は、それを優先している。近況の情報提供を行っている。	入居時に利用者や家族の希望を尊重し、医療機関を選択していただき、専門医やかかりつけ医への受診時には、日々の体調の記録を持参し、医師に伝えている。結果は、受診往診報告書で、家族にも報告し、情報の共有に努められている。	
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	併設のディサービスの看護師が1日に1回はグループホームを巡回している。必要に応じてたん吸引などを行っている。夜間等で体調不良時は往診医である診療所の看護師に連絡がとれるようになっている。		
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。	サマリーを提供している。見舞いなどに行くなどして状況を常に把握している。また、病院の関係者との情報交換をし、退院後のケアについてや定期受診にて病院との連携をとっている。		
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	小まめにカンファレンスを行い、職員同士で情報の共有を行い、ご家族・主治医・ディサービス看護師と連携を図っている。	入居当初から話し合いを行い、利用者・家族との意志統一が図られている。予想がつく今後の経過やリスクを確認し、医師から家族への説明をいただくなどの取り組みもなされている。また、職員間では、医療設備で、事業所として何が必要かなども検討されている。	
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	事故対応マニュアルの掲示を行っている。		
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	年に2回の避難訓練を行っている。また、毎日の勤務で災害時リーダーを設定している。近隣の方に一時避難時の応援を頼んでいる。	避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練が定期的に行われている。また、緊急連絡網に沿った連絡訓練も行い、現状や問題点の把握にも取り組まれている。震災後は、備蓄、備品を見直し、停電時の対応なども検討されている。	災害発生時、地域の住民の協力は不可欠であり、日頃からの協力体制を築くため、住民との合同避難訓練の実施や、地域の避難場所としての事業所の役割を呼びかけるなどの取り組みに期待したい。

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
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	敬う気持ちを忘れず、相手の立場になってさりげないケアをするよう努めている。言葉使いについては、今期の目標に掲げている。	定期的な研修や、入職時に配られる「そよ風手帳」により、接遇・マナーの周知を図り、個々の人格を尊重したケアが実践されている。常に「自分なら、どう感じるか」を前提に、職員の気付きを大切に、排泄介助時や入浴時のプライバシーにも配慮がなされている。	
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	声かけを行い、本人が今どうしてほしいか、表情から汲み取れるよう努めている。		
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	入居者の希望を聞くなどし、強制するのではなく選んで頂け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	必要に応じ、訪問理美容やなじみの理美容室の利用を支援している。		
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	朝の主食はパンとご飯が選べるようになっている。また、嚥下の状態に合わせた食事形態で提供している。盛り付けや調理も見守りながら行っている。	利用者個々の力に合わせ、食事の準備や後片付けなどを職員とともに行われている。昼食には選択メニューを取り入れたり、飲食店での外食や出前を楽しまれるほか、季節の旬の物を提供するなどの支援がなされている。	食事については、家族にも関心の高いことであり、事業所としての優れた食事への取り組み姿勢をアピールするため、家族に献立表を送るなどの話題づくりを行い、さらに信頼を深められる取り組みに期待したい。
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	献立は栄養士が立てている。水分や食事量は毎日チェックし、不足している場合は補っていただくようにしている。夏場の水分は定時以外でも提供している。		
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	声かけや介助を行い、スポンジ等を使用するなど、個人に合ったケアを行っている。		

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
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	トイレ誘導は、食事の前後や排せつ表を見て対応している。夜間も個人の排せつの間隔を把握しケアを行っている。	一人ひとりの排泄パターン・習慣を把握し、声かけによるトイレへの排泄誘導が行われている。使用するパットを交換したことで、衣服の上げ下げがうまくできるようになり、自立につながるなど、個々に合わせた工夫が図られている。	
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	毎日の体操や散歩をして頂いたり、身体を動かす機会を作っている。食事はバランス良く摂って頂ける様援助している。食後にトイレへ誘導したり、ヨーグルトやヤクルトを提供して便通を促すよう心がけている。		
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	個人に合わせて個浴や2人介助で対応している。好きな歌を唄ったり、会話をしながら、本人のペースで入浴できるように努めている。	利用者の希望する日、時間、ペースに沿った入浴支援がなされている。浴槽が二つあり、気の合う利用者同士で入浴を楽しまれることもあり、個々に合わせて、同性介助や二人体制での介助など、プライバシーや安全面にも配慮がなされている。	
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	居室以外でもソファで自由に休息していただけるよう、本人の意向に沿った対応をしている。		
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	薬はどの職員が投与したかわかるようにサインしている。用法や副作用が書かれている用紙も、個人のファイルに閉じ、職員がいつでもみられるようにしている。変更時は、申し送っている。		
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	タバコや飲酒は可能な方には職員の見守りの範囲で楽しんで頂いている。園芸が好きな方は畑にて種まきから収穫までかかわれるよう支援している。		
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支援している	身の回りの物や食料を買いに行ったり、写真を現像しに行ったりしている。また、誕生日会などの外食・居酒屋も希望を取り入れ支援している。	日常的に散歩や買い物、居酒屋や焼鳥屋などにも職員と一緒に出かけられている。また、近隣のスーパーで、買ったおやつをイトインコーナーで、知り合いの人たちと、会話をしながら食べるなど、外出支援への様々な取り組みがなされている。	

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	通常は職員が管理している。常に少額を所持していたり方には職員が金額を把握し持って頂いている。買い物や外出時には、財布を持って頂き自分で精算していただくようにしている。		
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	年賀状を出したり、受け取った荷物のお礼の電話をしたりと本人の希望により制限なく対応している。		
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	全員がくつろげるようなフロアになるよう心がけている。歌やBGMを流して雰囲気を変える様工夫している。	共用空間で、メダカを飼育し、みんなでエサをやったり、リビング中央の柱を木に見立て、そこで季節感の演出を行ったり、自然採光を取り入れることで、落ちついた環境が整えられている。ソファを各所に置き、利用者が自由に好きな場所で過ごされるよう配慮もなされている。	
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	自分の好きな場所で過ごせるように心がけている。気の合う入居者同士でテレビを見たり、ソファで横になったりと自由になれる工夫をしています。		
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	本人の馴染みのある物を持って来ていただいている。観葉植物を育てている方もいる。本人の希望に沿い、清潔を維持しながらも過剰に片づけたりしないようにしている。	思い思いの馴染みの物を持ち込まれ、居室の仏壇に、毎日ご飯と水をあげる利用者の希望にも応えられている。また、絵画のキャンバスを持参されたり、晩酌を楽しまれる利用者もおり、個々の趣味や生活歴に合わせた居室への配慮もなされている。	
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	移動しやすい様バリアフリーになっている。トイレは車いす用がある。自分の居室がわかるよう写真や表札をつけている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 八潮ケアセンターそよ風

作成日: 平成 24年 8月 31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	40	食事に関する取り組みを家族へ説明ができていない。	食事に関して、事業所として、食事への取り組み姿勢をアピールする。	家族へ1回/日発送している、そよ風便りと一緒に、献立表を送り、話題作りを行い、更に家族との信頼を深める。	2ヶ月
2	35	災害発生時、地域との協力体制が築けていない。	協力体制が図れるよう地域との交流を深める。	・地域代表者などに、地域の現状をうかがいながら、グループホームを知って頂く機会を作る。 ・災害時に事業所としての協力体制を呼びかけていく。	12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。