

### 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     | 株式会社ユニマットそよ風     |            |            |
| 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26年5月6日        | 評価結果市町村受理日 | 平成27年5月18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.kaigokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php</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 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26年5月14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)】**

|  |
|--|
| <p>入居者様の介護度が重度となっても、住みなれた場所で安心して過ごしていただけるよう支援しています。ご本人やご家族の希望により、お看取りまでの支援を行っています。</p> |
|--|

**【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)】**

|   |
|---|
| <p>・職員は常に「利用者にとって自分たちは何ができるか」を考え、職員の創意工夫が活かされ、事業所のサービスに反映されている。利用者の楽しみを優先させ、要望に応じてカラオケの機械を購入したり、食事の内容や形態にもこだわり、食べやすいものやラーメンなどの汁物を提供するなどの取り組みがなされている。</p> <p>・ご家族のアンケートでも、「職員の方々は明るく接してくださり、よく声かけしてくださっている様に思います」、「自分の家族のように接して頂いています。いつも感謝しています。」などのコメントが寄せられ、職員のきめ細やかなケアに高い評価が得られている。</p> <p>・目標達成計画の達成状況については、職員が利用者の外出機会を増やすことに工夫をこらし、冬の時期であっても外出や外食の機会を作り、その様子を「そよかぜ便り」への掲載や家族にも伝えることに取り組みまれ、成果に結び付けられたことから、目標が達成されている。</p> |
|---|

**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<br>3. 利用者の1/3くらい<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 | 利用者と職員が、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<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<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、生き生きと働いている<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                            | 事務所に掲示しており、出勤時にそよ風の理念を唱和し、共有している。基本方針や品質方針を週の目標としてケアにつなげている。「ありがとうがあふれるグループホーム」をスローガンとし実践に繋げている。センター独自の理念を作っていく。 | 職員の都合にとらわれることなく、「自分の家族を見る気持ち」を大切にされた理念のもとケアが行われている。認知症の利用者でも、それぞれの個性を重んじ、話を傾聴する姿勢が事業所全体に浸透されている。               |   |
| 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                            | 地域活動であるゴミ拾い等に参加して交流の場を設けたり、買い物やヤクルト販売、保育所や学生、ボランティアとの交流を定期的に図っている。町内会入会を検討している。                                  | 地元のボランティアの受け入れ、近隣のお店とのつきあいなどを通して地域との交流が図られている。また、幼稚園児や小学生が訪問するなど、地域に溶け込む様々な取り組みが行われている。                        | 地域とのつきあいは利用者を支える大きな柱であり、日常的な交流からさらに町内会への入会などを通して、地域の催しへの参加、防災への相互協力につながる取り組みに期待したい。 |
| 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                          | 市民ボランティアの受け入れを行い、ボランティア活動中の、対応方法など理解していただけるように伝えている。   |  |   |
| 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       | 現状報告や意見交換を行い、会議録の回覧・GH会議での話し合いにて取り組んでいる。   | 運営推進会議を事業所のイベントに合わせて開催することで、家族の参加を増やしたり、避難訓練に参加して講評をいただくなどの工夫がなされている。民生委員や地域包括支援センターも参加され、様々な地域情報の共有にも努められている。 |   |
| 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に取り組んでいる                 | 地域包括支援センター、民生委員の方にイベントなど参加して頂き、アドバイスを受けサービスに活かしている。事業所連絡会にて意見交換を行っている。   | 運営推進会議の場で参加者の地域包括支援センターより、介護保険についての説明や「地域とのつきあい」や「勉強会の開催」などの情報をアドバイスいただいている。また、市の歴史資料館や市民祭りにも出かけられ、交流が図られている。  |   |
| 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 | 身体拘束廃止理念を掲げ唱和している。不定期で委員会を開催している。  | 身体拘束廃止理念が掲げられ、事例をもとに自己チェックを行い、「グレーゾーン」を明確にしながらかケアに取り組まれている。拘束は利用者のストレスと不安につながる事が認識され、拘束に頼らない方法を考え、実践されている。     |   |
| 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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている        | GH会議・全体会議の研修や日々の話し合いで検討をしている。  |  |   |

| 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 |
| 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    | 過去に成年後見人制度を利用している入居者がおり勉強会を行っていたが、現在は職員も変わり、理解が不十分と感じている。制度を知らない職員もいると思うので、今後勉強会を行っていききたい。 |  |                   |
| 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                         | 契約や解約時は思いや要望や質問などを伺い対応している。  |  |                   |
| 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                     | 意見や要望を記録し職員に回覧して共有している。カンファレンスにて検討している。  | 「そよかぜ便り」で利用者の日常生活の様子が家族に伝えられたことで、家族の面会が増え、意見・要望などもうかがわれている。利用者からは「やりたいこと」や「食べたいもの」などを聴き、カラオケセットを購入するなど、要望に応えられている。 |                   |
| 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                                      | GH会議にて上げ、話し合っている。日常的にも意見を出して相談ができています。   | 職員間のコミュニケーションも良く、新人職員からは「話しやすい、相談しやすい」などの言葉が聞かれている。グループホーム会議を中心に業務内容の見直しなどが話し合わせ、職員からの意見・提案は事業所運営にも反映されている。        |                   |
| 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      | 契約更改時の面談で勤務状況の相談や確認をしている。状況が変わった際の対応もできている。  |  |                   |
| 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         | エリア内の研修に参加している。外部研修の情報を知らせている。   |  |                   |
| 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 | エリア内のGH協議会に参加している。他センターを見学して情報交換を行い、会議等で報告し良いサービスの提案などしている。                                |  |                   |

| 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>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 | 実態調査の基本情報を出来るだけ本人に世間話をしながら、思いや不安をくみ取りプライバシーは守りつつ、関係づくりに努めている。   |   |                   |
| 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            | 入居相談時より介護負担や入居後の精神的負担など現状を把握して気を配り話を聞き、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        | ニーズや課題を明確にして、1ヶ月間の援助計画をたて支援している。                                |   |                   |
| 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                        | 家事や買い物を相談したり、協力して行い、職員も共同生活している同士として関係を築けるよう努めている。              |   |                   |
| 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         | ご本人の様子の報告はもちろん、何気ない会話をしながら距離を縮めて、相談しながら本人を支えていく関係が築ける努力をしている。   |   |                   |
| 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                     | 年賀状のやり取りやご友人の面会、電話や手紙の取り次ぎを援助している。                              | ハウジング仲間や仕事仲間だった方が訪ねて来られて談笑されることは多く見られる。久しぶりに年賀状を出したら、友人が面会に来られ、馴染みのつきあいが復活するなど、職員も関係継続への支援に努められている。 |                   |
| 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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 共有スペースのソファや座席の配置に気を付けている。他ユニットへも自由に行き来し、入居者同士が気軽に会話できるよう支援している。 |   |                   |

| 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                    | 退居後も相談を受けた事があった。今後も相談等あれば力になれるよう努める。   |   |                   |
| <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   | ケアプラン作成時に本人の思いを伺っている。日頃の会話の中で、意向の把握に努めている。困難な場合は、家族から聞いたり、職員間のカンファレンスで検討している。      | 日頃の雑談やニュースなどの話題から思いをお聴きすることがあり、記録に残して申し送りの場で「今日、こんなことがあった」を伝え、職員への周知も図られている。利用者を知り、理解することで、思いや意向の把握に努められている。    |                   |
| 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                                       | 入居時の基本情報として、前サービスの様子などケアマネに聞き、その他、日頃本人との会話や家族から新しい情報やより詳しい情報をお聞きし把握に努めている。         |   |                   |
| 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   | 日々の変化は申し送り、職員全員が情報を共有できるようにノートに記載している。   |   |                   |
| 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 | ケアカンファレンスや本人との会話や表情や家族の要望を伺いそれを基に現状に即したプランを作成している。                                 | 具体的な内容の介護計画が作成され、さらに「介護援助計画書」に、取り組まなければならない課題を落とし込み、それに基づき統一したケアがなされている。ケアプラン作成前後には家族との話し合いがもたれ、理解と同意形成が図られている。 |                   |
| 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                        | プランのケア実践についてはチェックし記録している。特記事項は申し送り、ケアの変更が必要な時は数日様子を見て、ケアが本人にとって適切か検討し、援助の見直しをしている。 |   |                   |
| 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               | グループホーム以外の職員やDS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<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                                      | ボランティア、祭り、清掃、買い物など参加を重ね、地域との関係を増やし、楽しみを持ち穏やかに生活できるように支援している。  |   |   |
| 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                                  | かかりつけ医に継続して通院の場合は、近況報告書を作成したり、同行し医師に報告し相談している。  | かかりつけ医への受診時、同行の家族には利用者の近況や医師の指示書を詳しく伝えられている。また、申し送りノートで職員への周知も図られている。協力医とは、急変時など、朝早くても往診して貰える連携が整えられている。          |   |
| 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                          | DS看護師に処置や相談ができる体制になっている。週1回の訪看巡回時に健康管理のアドバイスや専門職から見た早期発見などで医師に報告できている。訪看や往診医の看護師には24時間連絡がとれる。         |   |   |
| 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。 | 協力医療機関に受診した際、受付や看護師など関係者とのコミュニケーションを図っている。医療機関の要望などにも即対応して、入居者が十分な治療を受けられ、早期回復が見込まれるように、体制や関係作りをしている。 |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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  | 終末期について、家族、医師、職員との話し合いをもち、今後の意思確認や方針を共有し、取り組んでいる。DS看護師とも連携している。                                       | 「体力が落ちてきた」、「食事摂取量が減った」などの状況時には、往診時に家族にも立ち会ってもらい、今後の対応について話し合いが持たれている。看取りも経験され、職員も利用者の重度化を見据えたケア方法の工夫や勉強にも努められている。 |   |
| 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  | 年1回研修を実施している。マニュアルがあるが、全職員が対応できないので、今年度研修を行い身につけていく。  |   |   |
| 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回の訓練にて、職員の反省点を課題とし、避難方法を改善している。消防署や市の代表者よりのアドバイスも参考にしている。   | 2階から1階への避難誘導の安全で早い方法を検討するなど、隣接のデイサービスとも連動して、それぞれにできる役割が考えられている。その役割分担をもとに連絡網の訓練も実施され、常に反省点を見つけ、課題と取り組む姿勢が見受けられる。  | 災害発生は予測不可能なことで、周囲の協力は不可欠であり、建物のオーナーとの協力や町内会への入会を機に、地域住民に避難訓練へ見学・参加していただき、協力体制作りを進められるよう期待したい。 |

| 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 |
| <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                   | 居心地の良い所で各自過ごして頂いている。全体での行動の強制はしないが、全員での体操は言葉かけをして参加して頂いている。慣れ親しんでいくにつれ、介護者主体になる時もある。気を付けていきたい。 | 言葉かけなどには特に注意を払い、業務優先にならないよう職員がお互いに確認し合い、利用者の意志を尊重したケアに努められている。トイレや入浴時のドアの開閉、居室への入室時の声かけなど、プライバシーの確保にも取り組まれている。        |                   |
| 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                     | 動作の前に声をかけるように努めている。表現が苦手な方の対応は受容的に接している。   |   |                   |
| 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 | ひとりひとりのペースや体調に合わせ、買い物に出掛けたり、静養したりできるよう支援している。職員によっては、優先順位が違う為、統一しなければならない。                     |   |                   |
| 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                                  | 季節に合った服装が着用できるように、衣替えを行っている。   |   |                   |
| 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     | 食欲のない方に対し、食べやすい物を提供している。準備や片付けを一緒に行ったり、畑で採れた野菜を活用したり、少人数ずつ外食に行くなどしている。                         | 利用者の嚥下能力に合わせて食事形態を変えたり、カロリー補食として、野菜ジュースやパンを提供するなど、食べられる範囲で食べていただけるよう支援がなされている。うどん・ラーメンなども準備され、手間を惜しまず、食事を楽しんでいただいている。 |                   |
| 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          | 水分量と排泄が分かるように記録して常にチェックしている。食事量が少ない方には、栄養価のある野菜ジュースや好みの物を提供する等している。                            |   |                   |
| 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                   | 起床時と毎食後、1日4回口腔ケアを支援している。うがいが出来ない方には、ガーゼで清拭を行い、清潔を保っている。  |   |                   |

| 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<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                              | 個々の状態に応じて、布パンツやパットの大きさを使い分けている。全員の方が座位がとれるので、トイレでの排泄支援をしている。                                       | 日中は基本的にトイレへの排泄誘導を行い、自立支援に努められている。利用者の意志を尊重した声かけをし、失禁への不安にも対応することで、リハビリパンツ使用から布下着に変わった事例も見られる。                |                   |
| 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  | 下剤に頼らない様に、乳製品を多く摂って頂いたり、体操や水分摂取量に注意している。朝食後は長めにトイレに座って頂いている。往診医と相談し、なるべく腹痛のないように下剤を調整している。         |  |                   |
| 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                             | 毎日入浴できる体制になっている。職員と話したり、恥ずかしさが少しでもまぎれるように、唄ったりして、リラックスできるように配慮している。ご夫婦での入居の方に、時にはお二人で一緒に入って頂く事もある。 | 職員と1対1で入浴をされたり、友達同士の入浴など、利用者の希望に沿った支援が行われている。室温の管理や足ふきマットを全員取り替えるなど、常に利用者の立場に立ち、健康面、安全面への気配りがなされている。         |                   |
| 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   | 疲労感が見られる時は、居室やソファで休んで頂いている。温度や湿度を配慮し、個々のリズムに合わせて安眠のお手伝いしている。                                       |  |                   |
| 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  | 薬の説明書はファイルに閉じていつでも確認できるようにしている。拒否もある為、個々に合わせた服薬方法を統一し介助している。変更時は、注意点を申し送っている。                      |  |                   |
| 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                             | 得意とする家事、縫い物、金魚のエサやり、畑の水やりなど、現在の楽しみをみつけ、環境作りをしている。  |  |                   |
| 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に支援している | 体調や希望に沿い、買い物や外食、外気浴など外に出る機会を作り、気分転換を図っている。   | 玄関前のベンチで外気浴をしたり、車いすであっても近くのスーパーに出かけ買物を手伝うなど、外に出ることは生活の一部として積極的に支援が行われている。また、その様子を「そよかせ便り」にも取り上げ、家族にも伝えられている。 |                   |



| 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<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  | ヤクルト販売を継続しており、好きな物を選び各自の財布より支払って頂き購入している。                             |  |                   |
| 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   | 電話で家族と話したり、年賀状を書いて頂いている。年賀状が届いた方が、面会に来られ久しぶりに会われたりしている。               |  |                   |
| 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 | 生活を感じて頂けるように、窓側に洗濯物を干すようにしている。不快な臭いがないように清潔を保つように努めている。               | ユニット間の交流も自由に行われ、利用者同士が集まって談笑したり、新聞を読まれるなど、居心地良く過ごされている。また、共用部分や事務所の掃除にも利用者が役割に応じて参加され、清潔感にも気配りがなされている。     |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | テーブルを囲みコーヒーを飲んだり、ソファでテレビを観たり、新聞や本を読んだり、昼寝をしたりと、自由に過ごせるように見守っている。      |  |                   |
| 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  | 自宅で使用していた物の他に、入居後に家族からの贈り物やお孫さんの写真や地域の方から敬老の日の手作りのプレゼントなど少しずつ増えてきている。 | 自宅と家具の配置を同じにする利用者もおられ、自分の描いた絵や家族の写真を飾るなど、自由な居室作りがなされている。温度や湿度、換気などにも気を配り、清掃も職員と利用者が一緒になって行われ、環境面への配慮も見られる。 |                   |
| 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   | バリアフリーで広く、歩行器やシルバーカーでも歩いて移動できる。                                       |  |                   |

(別紙4(2))

事業所名:八潮ケアセンターそよ風

## 目標達成計画

作成日:平成 26年 7月 18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        | 2    | 地域との協力体制     | 地域とのつながりを深める。 | ・町会に加入する。町会の催し物を知る。<br>・地域の行事や防災訓練に参加する。 | 8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。