

### 1 自己評価及び第三者評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893000196		
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	尼崎ケアセンター そよ風		
所在地	尼崎市食満7丁目17-1		
自己評価作成日	令和 1 年 11 月 17 日	評価結果市町村受理日	令和2年2月7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://kai.go.homes.co.jp">http://kai.go.homes.co.jp</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 福祉市民ネット・川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	令和1年12月20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)】

“食欲”を大事にし 出来る限り食べる事の楽しみが持続けられるよう支援している。懐かしい食べ物・食べたい物をお聞きしなるべく提供出来るようにしている。ご家族様が来所しやすく居心地良く過ごして頂ける様職員との関係づくりに努めている。近隣の方にも協力頂きながら入居者さまが心地よく過ごして頂ける様支援している。

#### 【第三者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)】

静かな住宅街の道路わきに建っているが、陽当たりもよく建物の中にも陽ざしを感じられる。全国に600以上の介護サービス事業を運営する母体法人が、運営に関する記録やマニュアルの整備を統括している。この4月からタブレット端末を用いた利用者データ入力方式を採用し、法人で利用者データの総括管理を行い、記録の標準化、職員の労務軽減に繋がっている。共有スペースは明るく十分な広さがあり、開放感のあるベランダでは、利用者が安心して外気浴を楽しんでいる様子が見受けられる。日々のレクリエーションの中で体操や塗り絵作業の継続を通して、利用者の現有能力の保持に努めている。協力医療機関の変更があり、医療連携がスムーズになり、利用者・家族、そして職員にとってもより安心安全な暮らしが送れるようになった。

### 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、その時々々の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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	ユニットごとの理念に基づき日々のサービスが提供できるよう努めている。	開設時に設定したグループホームの理念とユニットごとの理念をフロアに掲示するとともに、職員の名刺の裏面には法人の理念を明記している。職員の目には常に入居のため、サービスの基本となる姿勢を意識してサービスを行っている。	
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	運営推進会議構成員が地域の方中心な為地域行事への参加のお誘いを受ける。毎年秋祭りには2~3社社の神輿が立ち寄り入居者・利用者と交流がある。	利用者は神社の神輿を楽しみにしている。自治会に加入し、地域の清掃作業に参加している。以前は餅つきや七夕飾り等の地域交流があったが、近年地域の高齢化のため行事が少なくなってきた。	
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	地域の方が運営推進会議に参加された時に地域包括の方と認知症キャラバンの研修会開催・生き生き体操など橋渡しの場になっている。認知症状の事例などで話が出る事もある。		
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践、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	前回からの期間分のセンターからの報告を行ない意見等頂いている。	運営推進会議は定期的開催され、他の事業所とは職員の交換研修として位置づけている。自治会長、民生委員、地域包括の参加はあるが、家族には参加を呼びかけているものの、積極的な参加にはいたっていない。議事録は、誰でも閲覧できるように玄関付近に設置している。	議事録は家族へ毎回送付し、さらに、運営推進会議への参加呼びかけを工夫し、参加にむすびつけるような努力をされてはいかがか。
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	尼崎市介護保険事業担当課の担当者・あまつなぎ担当者が参加される尼崎グループホーム・グループハウス連絡会に所属しており2ヶ月に1回役員会が有り参加している。	グループホーム連絡会役員会が2か月毎に市介護保険課の参加を得て開催され、事業所同士の情報交換を行っている。	
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	身体拘束は行わない方向でケアしている。個々の居室は施錠していないがユニットの出入り口はエレベーターや階段がある為施錠している。時間によっては倉庫のドアを開放すると互いが見える。ベランダも繋がっており行き来出来る。	職員には、入社時や新規着任時に研修を行い、その後は年2回研修を行っている。身体拘束適正化委員会は全体会議の中で開催され、身体拘束適正化委員会の指針、マニュアルは整備されている。	

自己	第三	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	(6)	○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	研修を行ない学ぶ機会を持っている。あざ等気になることがあれば職員間で共有し援助法を検討し家族にも報告している。	職員は研修を受けた後、報告書を提出している。虐待防止委員会・マニュアルも整備されている。職員の対応に気になる点がある場合は、管理者が随時面談し、職員のメンタルをフォローしている。	
8	(7)	○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	年に1度 センターで研修があり学ぶ機会がある。	現在制度利用者はいないが、職員の研修は年間計画に従って行っている。必要と思われる利用者家族にはリーフレットを渡している。	リーフレットは、必要な家族には適時渡せるように常備されたい。
9	(8)	○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	説明中に質問などに答え理解・納得頂ける様努めている。	契約には2～3時間を要し、管理者が重要事項、重度化や看取りの指針について丁寧に説明し、利用者・家族の理解を得よう努めている。契約時に終末期における医療等に関する意思確認書を得ており、契約後は必要な場合は随時変更に応じている。契約前に実地調査で利用者の家を訪問することもある。	
10	(9)	○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	苦情・要望ノートがあり利用者や家族様からの意見・要望を記入し共有し改善や実行に努めている。	ユニットごとに写真を多く載せた通信を作成し、毎月家族に送付し、生活状況を知らせている。意見箱は設置していないが、家族からの要望は随時職員が聴き取り、記録ノートを通して職員間で共有している。	
11	(10)	○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	職員からの意見はセンター長・管理者で共有し業務に反映できる様努めている。	定期的に全体会議とユニット会議を開催し、職員からは利用者に関するサービスについて提案があれば、検討している。両ユニットそれぞれ個性があり、職員が工夫してケアに当たっている。	管理者は、定期的に全職員の面談を行い、隈なく意見を聞く機会をもたれてはどうか。
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	勤務態度等を把握しスキルアップ研修への参加を声掛けしたり面談を行ない身分変更・給与見直しを行なっている。		
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	個々の勤務経験等に合った社内外研修へ参加の声掛けをし研修を受ける機会を確保している。介助の仕方等その都度話し合って共有している。		

自己	者	第三	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
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	グループハウス・グループホーム連絡会で他施設との交換研修を行っており毎年参加し 職員の意識向上に努めている。		
<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	入居当初は出来る限り声掛け・関わりを持ち 不安解消に努める。馴染めるよう寄り添う。		
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	ご家族様とのお話する時間を大切にしている。ご家族様から相談・要望を話に来て下さることもある。		
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	入居相談・見学に来所された時に センターでの出来る事・出来ない事をお話し 場合によっては他のサービスをご案内する事もある。		
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	関係づくりから始め 生活上で必要な事を一緒にすることで頼り頼られる関係になっている。		
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	ご家族様で過ごされる時間も大切にしているがご家族様だけでは出来ないと感じられている事も多くイベント等ご家族様にも入って頂き一緒に楽しんで頂ける様支援している。		
20	(11)		○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	近所だった方が訪ねて来られたり通われていた診療所にお連れすると患者さんや看護師さんから声をかけられたりする。	利用者が入居前のかかりつけ医に通う場合は、家族がつきそっている。訪問理美容は2か月毎に来所し、利用者は楽しみにしている。	

自己	者 第三	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
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	利用者同士が顔馴染みになるよう会話の間に入ったり歌や体操 生活リハビリ等を一緒にすることでいい関係づくりが出来るように努めている。		
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	契約終了されたご家族様が他入居者様や職員を訪ねて来所下っている。これまでの関係性を大切にしている。		
<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	(12)	○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	毎日の関わりの中やご家族からのお話の中から希望・意向に沿えるよう努めている。	意思疎通が困難な利用者があるが、職員は身振りで意向をくみ取り、理解している。また、利用者には問いかけを工夫し、発語を促している。	
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	入居時に「これまでの生活の経過」という書類をご家族様にわかる所で記入したり、お話を伺う中で把握に努めている。		
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	年齢や体調を共有しその方に合った対応に努めている。出来る限りプランにもあげている。		
26	(13)	○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	プラン更新の方だけでなく毎月担当者会議をユニット内で行い介護計画に反映できるようにつとめている。	ユニットごとの担当者会議で介護計画を作成し、毎日モニタリングをタブレット端末で入力し管理している。データはケアカルテとして法人本部で統括している。アセスメントからケアプランを作成し、利用者・家族同意のもと、サービスを提供し、再度アセスメントを行う手順が確立されている。	
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	毎日気になる事は申し送り一覧に挙げ共有している。その日の勤務者に伝わるよう申し送りもしている。		

自己	者 第三	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
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	職員間で話し合ったり、ご家族様と相談しながら柔軟な対応が出来るよう努めている。		
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	近隣へ買い物にお連れすると近隣の方から声をかけられたり 地域イベントでは顔を覚えて下さり声をかけられる事もある。		
30	(14)	○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	昨年10月より近隣の往診医に変更になった時に希望により全員が同じ主治医になり往診を受けている。	往診医の変更に伴い訪問時間も短縮され、緊急時に先生との連携もスムーズになり、利用者、職員の安心に繋がっている。月2回の医師による診察、週1回の訪問看護による健康管理で体調管理を行っている。	
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	毎週月曜日に訪問看護師の訪問と24時間相談出来る訪問看護と連携をとりながら体調管理している。終末期を入院希望されずホームで対応した時は個別の契約の訪問看護と連携している		
32	(15)	○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。	入院が必要な時 主治医のDr.・職員と連携し情報共有できている。病院 連携室と連携が取れるよう訪問に努めている。	往診の医師と病院との信頼関係が構築されており、緊急時対応が以前よりし易くなっている。長期入院による利用者の精神的ダメージを軽減する為、医師、訪問看護、事業所との話し合いを密に行い、早期に退院し、事業所での生活を支援することができる。	
33	(16)	○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	ご家族様に「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」に記入して頂いている。変更可能で状態の変化があった時はもらい直している。	昨年、終末期に家族が寄り添い、馴染みの職員に見守られて最期を迎えた利用者がある。「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」は入居時に確認し、その後も再確認し気持ちの変化に対応している。最期まで家族のように利用者の気持ちに寄り添う管理者の想いを現場職員も共有し、全スタッフで看取る環境と心の教育がなされている。	
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	研修を受けている。ヒヤリを多く上げ事故に繋がらないようにしている。		

自己	者第三	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
35	(17)	○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3回防災訓練を行なっている。運営推進会議で地域の方に協力をお願いしている。地域の防災訓練への誘いもあり出来る限り参加できる様努めている。	11目を迎え、建物の全てのスプリンクラーを再点検し不具合は修理し安全を確保した。運営推進委員会で事業所で行う津波、夜間、日中と年3回の防災訓練を報告し参加を呼び掛けている。また地域の訓練に出来る範囲で参加するなど地域との協力関係を大事にする姿勢が見られた。	
<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	(18)	○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	ご利用者様に対する接遇については全体会議で指導があったり、日々の対応でお互いに注意し合っている。	寝たきりの利用者をリビングのベッドに移動し、一部スクリーンで囲いプライバシーを守りながらも、皆が集う温かい気配を感じられる配慮がなされている。職員の温かい声かけに利用者の表情も明るく、互いを尊重し合える繋がりが感じられる。	
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	食べたいものや行きたい所を日常会話の中でお聞きし、ケーキやおやつを一緒に買に行ったり 色々な中から選んで食べて頂いたりしている。		
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し、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	その方の状態や希望にあわせて過ごして頂いている。何かをするにも声掛け相談している。		
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	着替える時に洋服を選んでもらったり季節に合わせた洋服を提案したりしている。		
40	(19)	○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	食べる楽しみを持って頂けるように 食イベントをしたり食べたいものを事前に聞いたりして提供している。一緒に作ったり片づけをしたりしている。	食事は、届いた食材を職員が当番で手作りし、趣きのある和食器で提供している。職員も同じ食事を利用者と一緒に摂る家庭的なひと時となっている。敬老会後の茶話会、クリスマス会のバイキングでは利用者が希望する料理を準備段階から家族も参加して一緒に楽しめるひと時となっている。	
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	食事・水分量を記録しチェックし 少ない人には声掛けをしている。食事が進まない時は提供に工夫している。		

自己 者 第三	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
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	歯科医師等より毎月助言・指導を受け全職員で共有し口腔ケアに努めている。		
43	(20) ○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	加齢に伴い動くたびに出してしまう事も増えリハビリパンツにしているが 訴えがあった時以外には定期的に誘導している。	ほとんどの利用者はリハビリパンツを利用し、夜間のみオムツ対応が数名いる。入居時に、自宅からポータブルトイレを持参している利用者も現在は利用せず事業所のトイレを利用している。定時のトイレ誘導以外にも自立した排泄が続けられるよう、利用者の身体レベルに合わせて適宜介助している。	
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	排便表にて排便のあるなしを把握し ほとんどの方は下剤が常飲にならないよう頓服での服用している。毎朝ヨーグルトを提供し腹部マッサージや牛乳を飲んで頂き排便を促している。		
45	(21) ○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	入浴は基本午前中になっているがその方の体調や状況で午後からやその都度対応している。	浴室には、いろんな方向に手すりや設置されている為、利用者が移動し易く湯舟の出入りがスムーズに行われている。1階デイには機械浴も設置され寝たきりの利用者も入浴できるが、現在は、ほとんどグループホームの個浴で問題なく入っている。入浴拒否がある場合も強制することなく、職員を替えたり、時間をずらしたり、職員間で話し合いながら行っている。	
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	日中もその方の状況に合わせて短時間横になって頂き休息して頂いたり 声掛けをしなからその方に合わせて居室誘導している。		
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	往診時等に状態・症状を伝えDr.に相談しながら調整して頂いている。薬が変更したり増えた時はその後の状況を職員間で検討しDr.に報告している。		
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	出来る事の維持の為役割を持って頂き 洗濯たたみはお任せすることが多い。色塗りやことわざ・歌・体操などで楽しんで頂ける様支援している。		

自己	者 第	目 項	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
49	(22)	○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	職員とおやつなどの買い物に出かけたり毎週家族様が迎えに来られ帰宅されたり 家族様と一緒に外食に出かけられたりしている。食材取りやゴミ捨てに1階に降りたりデイフロアを覗きに降りたりしている。	家族と定期的に外出をしている利用者もいるが、ADLの低下から外出が困難な利用者も増えてきている。近隣にあるバリアフリーのドラッグストアは、買物や散歩に手軽な場所として利用している。今後、全員での参加でなく個別で行きたい場所を検討し、外出の機会を増やそうと話し合っている。	
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	職員と一緒に買い物へは出かけるが支払いは職員がしているため使える支援は出来ていない。家族の意向で入居時より小額のお金の入った財布を常に持っている方はいる。		
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	電話をかけたいとの希望があればかけて頂いている。家族様へ頻回に希望される時は家族様の了解を頂き対応している。		
52	(23)	○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	日中過ごされる時間の長いフロアと各居室は明るさや色合いを調整できるライトに変わったため時間や日光の加減で調整している。壁面や写真を季節ごとに変更している。	事業所の玄関に置かれた花びらから爽やかなアロマの香りが漂っている。利用者が憩うリビングの南側に広いベランダがあり、太陽の光が差し込む明るいリビングの洗面台の鏡の前で、訪問美容師にカットされた利用者が微笑んでいる。対面キッチンで職員と話す利用者、おしゃべりしながら塗り絵したり、テレビを観たりとそれぞれが居心地よくつろいでいる。	
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	食席やソファで仲のいい方や話が弾む方同士で過ごして頂いている。職員も中に入り談笑したり傾眠したりしている。		
54	(24)	○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	入居の時や過ごされる中で馴染みの物を持ってきて頂き部屋作りをして頂いている。	以前は、自分のベッドを持ち込む利用者もいたが、現在は、備品として全て電動ベッドに交換し、身体レベルに合わせられることで利用者の安心に繋がっている。他、エアコンやレースカーテンは備品であるが、利用者の好みの色でカーテンや布団カバーを用意するなど、利用者にとって居心地の良い雰囲気作りをしている。家族と笑顔の写真が居室内や入口に飾られ、自分だけの空間として利用者の自慢の一つとなっている。	
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	利用者が出来る事をなるべく長く維持できる様支援している。		

(様式2)

事業所名: 尼崎ケアセンターそよ風

## 目標達成計画

作成日: 令和 2年 1月 20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	4	最近の運営推進会議にご家族様の参加がない。	運営推進会議にご家族様も参加して頂く。	* 請求書送付時に運営推進会議の案内を入れる(新聞に載せる) * イベント時インフォメーションする。	12か月
2	11	業務中にいろいろ話はするが職員個々との面談はしていない。	個々との面談を定期的に行い、意見・思いを聞く。	2か月に1回くらい個々との面談をしていく。	6か月
3	8	制度について必要な時に必要な方に渡していた。	ご家族様や職員が現在ある制度について知る。	各制度についてのリーフレットを集め自由に持ち帰れるように置く。	3か月
4					月
5					月

(様式3)

### サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		取り組んだ内容	
実施段階		(↓該当するものすべてに○印)	
1	サービス評価の事前準備	<input type="checkbox"/>	①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="checkbox"/>	②利用者へサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/>	③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		<input type="checkbox"/>	④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
		<input type="checkbox"/>	⑤その他( )
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	①自己評価を職員全員が実施した
		<input type="checkbox"/>	②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		<input type="checkbox"/>	③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		<input type="checkbox"/>	④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		<input type="checkbox"/>	⑤その他( )
3	外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/>	①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		<input type="checkbox"/>	②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="checkbox"/>	③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		<input type="checkbox"/>	④その他( )
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/>	①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		<input type="checkbox"/>	②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="checkbox"/>	③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="checkbox"/>	④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="checkbox"/>	⑤その他( )
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		<input type="checkbox"/>	②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		<input type="checkbox"/>	③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		<input type="checkbox"/>	④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
		<input type="checkbox"/>	⑤その他( )