

### 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	平成30年12月15日	評価結果市町村受理日	平成31年3月19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	平成30年12月27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)】**

地域の方に暖かく見守って頂きながら ご入居者それぞれの求めている事を探りながらサポートに努めている。また職員だけではなく ご家族様に気軽にお越し頂ける様な雰囲気づくりをし ご家族も一緒に寄り添える環境作りに努めている。ご利用者が持っておられる能力を少しでも長く維持でき、発揮できる様支援している。

**【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)】**

母体の法人は全国で約600の事業所を運営している。開設後9年目を迎えた事業所は、新しい住宅も混じった庶民的な雰囲気の中にあり、1階のデイサービス、2階のショートステイ、3階のグループホーム、それぞれが地域にとって貴重な福祉資源となっている。法人が作成している契約関連の書類は懇切丁寧であり、他の法人の範とも成るべき内容である。運営推進会議には、地区の自治会などの代表者、民生委員、地域包括支援センターが構成委員となっており、貴重な情報と意見が寄せられている。2つのユニットとも、リビング、廊下、ベランダが広く開放感がある中で、利用者の元気で明るい暮らしぶりを観ることが出来る。家族の理解と協力を得ながら、職員は今後とも日々研鑽を積み、理念に謳っている通り、利用者が明るく元気で楽しく暮らしていけるように支援されることに期待したい。

**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、活き活きと働いている (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	
			珊瑚 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 その方にあるサービスを提供できる様 職員間で共有している。	事業所の理念とともにユニットの理念を、エレベーターホールに貼りだしている。「利用者が明るく元気で楽しく暮らしていけるように、職員が一緒になって支援すること」をキーワードとして、日々の申し送り時に確認し合って、ケアの中で実践している。	
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	運営推進会議を中心にイベントに参加しながら地域の方の理解・協力を頂いている。日々では挨拶、季節行事へのお誘い	自治会に加入しており、近隣とは庶民的な雰囲気の中で付き合いが出来ている。利用者の重度化に伴って出掛ける機会が少なくなっているが、神輿が近くまで来てくれたり、事業所前の桜並木を、近隣の住民も一緒にベンチに座って眺めるのが、春の恒例の風景となっている。	
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	運営推進会議を中心にイベントに参加しながら地域の方の理解・協力を頂いている。日々では挨拶、季節行事へのお誘い		
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	開催前の2ヶ月間の出来事を報告し意見を頂いている。	自治会代表、地域包括、民生委員などが出席しており、開催日を固定してから出席率が上がった。時には利用者も参加するが、家族の参加が無い。自治会代表からは、防災に関するアドバイスや協力表明を得ている。議事録のファイルをエレベーターホールに置いているが、出席者や家族、行政には送っていない。	利用者の個人名を記載しない議事録を作成して全家族に送れば、事業所のPRと家族の参加につながるのではないだろうか。又、議事録を年度分まとめて行政へ持参し、関係性を更に密にする材料にされたらどうだろうか。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市町村担当者参加のグループハウス・ホーム連絡会に所属している。	市の実地指導が有り、運営推進会の開催曜日の固定化などで指摘があり改善した。隔月に開催される地域の事業所連絡会には管理者が参加しており、行政、看護師協会からの参加もあって、情報交換の場として活用している。	
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	身体拘束が必要な方についてカンファを行わない検討している。基本身体拘束は行わない事を前提に職員も年2回の研修を受けている。個々の居室の玄関(出入口)は施錠していない。	エレベーターホールへ出るユニットの玄関は施錠しているが、利用者の様子を観て、必要に応じて職員が付き添っている。身体拘束に該当するベッド柵や抑制着を使用していた事例があったが、定期的なカンファレンスの結果、いずれも解消している。法人本部が作成した「身体拘束適正化に関する事業所指針」に基づき、拘束の排除について、改めて職員に周知している処である。	交通量の多い道路に面しており、安全面に配慮しての玄関ドアの施錠であるが、利用者の感じる閉塞感を少しでも減らす工夫を検討して頂きたい。

自己	第三	項目	自己評価	外部評価	
			珊瑚 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	研修を開催し学ぶ機会を持っている。職員間であざ等気になることがあればその都度話し合い ご家族様にも報告している。	利用者がふらついた際に職員が慌てて強く手を握った際に、あざが出来ることが多いと思われるので、ケアの方法について職員間で話し合っている。利用者へ声を掛ける際には、大きな声や威圧的にならないように、管理者は指導している。グレイゾーンの虐待排除について、周知を図りたいと管理者は思っている。	
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回の研修を行ない学ぶ機会を持っている。後見人のおられる利用者もおられる。	毎月来訪する後見人があり、制度について職員は一定の知識を持っていると管理者は考えている。他の利用者の中に、制度の利用を必要とする例は無いと管理者は考えており、制度についての資料の準備が無く、家族には説明していない。	制度の概要を解説するリーフレットなどを入手し、職員研修で活用するとともに契約時に家族に渡されたらどうであろうか。
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・納得頂ける様にしている。	法人本部が作成した関連書類は、微に入り細に入り詳細な内容で分かり易い。契約時は丁寧に時間を掛けて説明している。「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」に基づき、事業所として出来ることと出来ないことを説明し、「 <input checked="" type="checkbox"/> 今は分からない」の項も設けて意思の確認をしている。	
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	要望箱を置いてみたが一切入らなかったのので来所の時にいろいろ話して頂けるよう 話しやすい雰囲気づくりに努め要望等お聞きできる様努めている。	家族の意見は、来訪の都度や毎年開催する茶話会の場で聴いている。殆どが、利用者個々に関する要望であるが、事業所の直ぐ傍を通る新幹線によるリビングのテレビへの電波障害を疑う指摘が有り、新しいテレビに買い替えることによって解消できた。	
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つとめている。	毎月のユニット会議兼担当会議や階下の法人事業所と合同で開催する全体会議の場で、職員の意見を聴く機会を持っている。旧くなった洗濯機などの家電や備品を買い替えているが、職員への休憩時間の充足は懸案事項である。	
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	勤務態度・状況を把握し スキルアップの研修参加の機会を声掛けしている。個人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	内部・外部の研修に個々に声をかけ参加出来る機会を確保している。利用者それぞれに合わせた介助のやり方を話し合っ共有できる様日々検討している。		
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	交換研修に参加の機会を持っている。管理者は2ヶ月に1回 GHハウス・ホーム連絡会に参加し 市・看護師会・他施設と意見交換できる機会を持っている		

自己 者 第三	項目	自己評価		外部評価	
		珊瑚	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 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	入居当初は関わる時間を出来る限り多く持ち 関係づくりにつとめている。		
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	利用依頼があった時より家族様との話せる時間を多くもち傾聴している。		
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	初回相談時に相談内容をお聞きし 出来る事出来ない事の説明をし理解頂けた時点で他のサービスの提案をしている。		
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	関係づくりから始め 生活する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	家族様が来所された時は一緒に過ごされる時間をゆっくり過ごして頂けるよう支援している。困りごとや介助は一緒にお手伝いしている。		
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	利用者を訪ねて来られた時は様子をお話し これまでの様に訪ねて来てもらえるように支援している。	頻回に訪問する家族が多く、食事介助したり一緒に外出している。中には毎週一泊の帰宅をし、年末年始は二泊する利用者もある。毎月家族に送る事業所新聞には、全利用者のスナップ写真を掲載するようにしている。	
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	利用者同士が馴染みの関係になるよう間に入り関係づくりに努めている。		
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	退去された後の請求書・領収書送付時には手紙を入れるようにしている。転居の場合は年賀状等を送付している。また 退去された家族様よりお電話を頂く事もある。		

自己 者 第三	項目	自己評価	外部評価	
		珊瑚 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>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	日々の関わりや話を聞く時に 入居者様の言われた事や家族様から伺うお話の中で希望や思いを汲めるよう努めている。	百歳を超える高齢者や重度の利用者もいるが、コミュニケーションはとれている。意向の表出が難しい際には、選択肢を示しながら確認している。寿司屋のカウンターをイメージして寿司を握ったり、おやつレクリエーションで、利用者の「食べたいもの」に応えるように工夫している。	
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	入居時に家族様がわかる範囲でこれまでの生活歴など記入頂いている。入居後 折々で話される事を家族様に確認するなど把握に努めている。		
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	年齢や状況に合わせた対応を その日の勤務務で相談し対応している。		
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	毎月ユニットごとに担当者会議を行ない 個々の課題把握を行ないケアについて話し合っている。家族・訪看・Dr.にも意見を事前に聞いて反映できる様努めている。	ユニットによっては利用者ごとの居室担当者があるが、全職員が利用者全員をケアしている。モニタリングは担当職員か計画作成担当者が、基本3か月ごとに行い、担当者会議で意見を集約して最終的にまとめ、アセスメントを経て介護計画を策定している。介護計画は、利用者の状態によって半年から1年のサイクルで作成している。家族には来訪時か電話で説明し、要望を聴いている。	
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	日々の記録に記入し 気づきは経過表に書くようにしている。毎日の申し送りや担当者会議で共有している。		
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	入居者様に対してだけでなく入居者と家族が一緒過ごされる時間を持てるように イベントをしたり水入らずで過ごせる様支援している。		

自己	者 第三	項 目	自己評価		外部評価	
			珊瑚 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	職員とおやつなどを買いに出かけたり 地域のお祭りに出かけて買い物をしたりしている。毎年来られている方から覚えて下さり声をかけてもらったりしている。			
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	入居時は今までに行かれていたかかりつけ医に行かれる事も多かったが 途中で変更希望があり往診医がかかりつけ医になっている。	契約時に遠方等の理由により協力医療機関に変更する利用者がある。月に2回の訪問診療と毎週訪問看護師の来所に加え、かかりつけ薬局より薬が届けられる事により健康管理が行われている。他科の薬を家族が届けている利用者もある。		
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	週に1回 月曜日に訪問・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に努めている。また 終末期を入院希望されずホームで対応した時は個別で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。	入院中 地域連携室と連絡を取り合い関係作りに努めている。	利用者が入院した時は、地域連携室と連絡を密にし相互に情報を共有している。入院した利用者が病院では食事を摂れなくなり、ADL低下を心配した家族と相談のうえ早期に退院し、入院前の状態に回復する支援をしている。入院中に居室を確保できる期間は3か月としている。		
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	現時点での「急変時や終末期における医療等に関する意見確認書」を記入して頂いている。気持ちが変わった時は変更可能な旨を伝え その都度話し合う事になっている。	終末期は家族の要望を聴きながら、24時間対応可能な訪問看護師と契約し、医師との連携を密にして対応している。「急変時や終末期における医療等に関する意思確認書」を作成し、全家族から確認を取っているところである。状況等の変化や気持ちの変化に応じるため、定期的に確認書を取り直すことにしている。		
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	急変時の対応や事故の時の対応の研修 AEDの使い方の講習会を実施している。夜間の急変時は隣のユニットの勤務者の協力が得られる。			
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	年に日中・夜間・津浪想定で防災訓練を行っている。運営推進会議にて災害時の協力をお願いしている。	避難訓練は建物内の3事業所で行い年に3回実施している。消防署から火災時はベランダへの避難指示があり、津波時は3階に留まるのが安全と職員は考えている。食料と水は1週間分確保している。職員は地域の訓練に参加するが、事業所で訓練に地域住民の参加は実現していない。	まずは、運営推進委員に訓練参加の呼びかけをされてはいいが。	

自己	第三	項目	自己評価		外部評価	
			珊瑚 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	(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は 職員間で注意し合い・話し合いながら気をつけている。		接遇マニュアルに沿って丁寧な対応をしている。利用者への呼びかけ時は、基本名字にさん付けであるが、名前で呼ぶ方が伝わりやすい利用者もあり、それぞれに合わせて呼びかけている。トイレへはさり気なく声掛けし、プライバシー等に配慮している。	
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	自己決定が出来ない方が多い為 ケーキ等色々な物から選んで頂いて提供したり 声掛けて選択肢をあげ選んでもらったりする。			
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	出来る限り意に添えるように努めているがなかなか外出など1対1で長時間対応することは出来ていない。			
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	本人が毎日同じ服にならない様提案したり身だしなみが保てるよう支援している。出かけられる時はおしゃれが出来るよう提案・支援している。			
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	調理中に利用者に味見をしてもらったり 食後洗い物を一緒にやって頂いたりしている。		本部よりメニューが届き業者から食材が届く、プランターで育てた野菜も取り入れながら、手作りの食事を提供している。介助しながら職員も同じ食事を摂っている。毎月の食事レクの日には利用者は下ごしらえや盛り付け等を自分の役割として参加し、毎日食器洗いをしている利用者もある。	
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	入居者それぞれに合わせた食事形態で提供している。往診時食事量など気になる方の報告をし指示を仰いでいる。			
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	毎食後 口腔ケアをしている。適時デンタルDr.の往診を受け口腔状態を管理してもらっている。			

自己	者 第三	項 目	外部評価		
			自己評価 珊瑚 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	(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	失禁される方でもパットやリハパンをむいたりちぎったりされる方には布パンツにして頂き誘導している。	トイレでの排泄を基本にし、個々の排泄パターンに合わせ支援している。ドアを閉めプライバシー保護も確保している。布パンツ使用者が数名あり、入院時リハビリパンツを使用していた利用者が、退院後布パンツに戻れるよう支援した例もある。自然排便を促すための工夫もしている。	
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	毎朝ヨーグルトを食べて頂いたり 腹部マッサージしたりしている。じっと座ってばかりにならない様歩いて頂いている。		
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	出来る限り希望にそえるよう支援している。入浴時間が長い方には入る順番を理解頂き ゆっくり入って頂ける様声掛けしている。	週2回入浴を基本にしているが、利用者の状態や希望に沿って柔軟に対応している。入浴を好まない利用者もいるが、人や時間を替え無理強いない声掛けで支援している。車いす対応の利用者も、職員二人対応で湯舟に浸かっている。浴槽は一人毎洗浄し湯を入れ替えている。	
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	年齢や体調に合わせて昼寝や 横になることを声掛けしている。		
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	症状等の変化を 主治医に伝え指示を仰いでいる。過剰な服薬が無いよう努めている。		
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	日々の暮らしの中で入居者の声を聞きひと時でも喜んで頂けるような時間を持つて頂ける様努めている。		
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支援している	入居時は財布に小額を入れた財布を待たれている。ご家族様と出かけられる時財布にお金を入れてもらい家族にごちそうされている方もおられる。	毎週自宅に帰る利用者があり、都度買い物や散髪に行っている。希望者は、事業所近隣のドラッグストアに買い物に行っている。利用者はベランダに洗濯干しに出たり、栽培している野菜の世話に出る事で、外気浴の場になっている。退職した職員や、訪問看護師の協力で近隣の桜の花見をした。	

自己	者 第三	項目	自己評価		外部評価	
			珊瑚 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	職員と一緒に買い物には行くがここでの買い物は出来ていない為お金の支払はしていない。			
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	遠方の家族様から電話があり話をされる方もおられる。お孫様や知人から年賀状が届く事もある。			
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	季節の花や壁面を飾り殺風景にならないように努めている。共有スペースは大きなベランダ側の為明るく日当たりも良い。	事業所は建物の3階にあり、日当たりの良いベランダには、植木鉢やプランターに花が植えられ季節感がある。リビングは明るく広々とし自然な飾りつけが施された空間に、ソファや椅子が置いてあり利用者のくつろぎの場になっている。職員は対面キッチンカウンター越しに利用者とおしゃべりしながら調理している。		
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	居室で過ごされる事もあるが 気の合う方同士でソファに座って過ごされる。台所に近い為 見守りや声掛けし話が弾むよう間に入れる。			
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	家で使われていた物や馴染みの物を持ち込まれ 家族様中心にへやづくりをして下さる。職員もお手伝いしている。	事業所は、ベッドやカーテン、クローゼット等を備え付け、利用者は馴染みの家具を自由に持ち込み自宅の延長で生活している。家族の写真や衣装ケース、仏壇等は思い思いに飾り、担当職員は整理整頓や掃除に心掛けている。月命日に住職が仏壇にお参りされる利用者がある。		
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	利用者一人一人の出来る事を維持できる様支援している。			

## 目標達成計画

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	22	入居者D様のADL低下により車椅子でないと外出できない方が多く、なかなか出かけられない。1対1で出掛けると、残った職員が1対8になる。	1年に1回以上ユニットごとに出かけるか個別レクで外出する。	・両ユニットで協力しあう。 ・ご家族の協力を依頼する。 ・気候の良い時はベランダに出て外気浴をする。	12か月
2	23	季節を感じる空間で居心地良く過ごせるように整理整頓・清潔を保てる。	掃除が行き届き 整理整頓された空間で季節を感じられる壁面や飾りがある。	・汚れたらきれいにする。 ・使ったら出しっぱなしにしない。 ・季節毎に壁面や飾りを替える。	12か月
3	7	後見人制度など 家族が不安に思われている事の解決。	制度に関するリーフレットなどで家族へ情報提供できる。	・制度に対するリーフレットを置く。	3か月
4					月
5					月