

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	0873200356		
法人名	株式会社 ユニマットそよ風		
事業所名	岩瀬ケアセンターそよ風		
所在地	茨城県桜川市岩瀬30-2		
自己評価作成日	平成27年1月26日	評価結果市町村受理日	平成27年5月21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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873200356-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成27年2月19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)】

ホームは市街地にあり病院やスーパーなど生活しやすい環境にある。また、周りは山に囲まれており、季節の移り変わりを感ぜられる場所にある。ホームにはデイサービスが併設されており、行事などを一緒に行うなど交流する機会がある。地域の行事に積極的に参加し地域交流にも努めている。
 ご利用になっている入居者様には、その人の出来ることや持っている能力を發揮し、毎日を笑顔でその人らしく、生き活きたした生活が送れるように支援している。また、御家族が気軽に逢いに来られるように、行事の参加を呼びかけたり、一緒に外出できる機会を持つようにしている。
 また、職員1人ひとりが『大丈夫、そよ風があるから』の会社理念のもと、入居者様が地域で暮らしていけるように毎日のケアに取り組んでいる。

【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)】

病院やスーパー、市役所が近くにある市街地に立地し、生活しやすい環境である。併設するデイサービスとの外出や講座など、合同企画が多くあり交流の幅が広がっている。管理者はじめ職員はデイサービス併設だからできることなど、ホームの特性を活かした前向きな取り組みをしている。前回の目標である災害時の避難について、近隣の協力を得られるための工夫や具体的な役割を明確にすることで体制が整い目標が達成されていた。「大丈夫、そよ風があるから」の理念が定着し、地域からも頼られる存在となっている。職員みんなの目指す方向が一致し、ぶれないケアがなされていることがうかがわれ、利用者の笑顔も印象的である。

ど

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 (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	法人の理念を基に地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら独自の理念を作成し、エレベーターや職員室に掲示し毎朝唱和して常に理念を意識したケアが実践できるように努めている。	開設時に作成した理念を基に、5年前、職員からの提案で、みんなで話し合い考えた3つの理念を補足した。目の届くところに掲示し、常に確認しながら意識付けしている。唱和した後に管理者から理念を実践につなげる具体的なコメントをしている。	
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	自治会に加入し、職員と利用者が一緒に地域の清掃活動に参加している。また「子供110番」「高齢者地域見守りネットワーク事業」にも参加している。家族や併設デイサービスセンターの利用者が利用日に面会に来ることもある。	自治会に加入し、利用者と一緒に年2回清掃活動に参加。幼稚園児との交流や地域のイベント、岩瀬駅前ひなめぐりにも積極的に参加。ホームの雑壇を見に訪れる方との交流もある。スタンプラリーに出かけ、スタンプを集めたりそれぞれ楽しんでいる。地域での認知症に関する理解も深まって相談を受けることも多くなった。	
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	毎月発行する広報紙「そよ風だより」に認知症についての専門コーナーを設け、利用者家族、地域の人々に向けて発信している。 また、認知症地域相談窓口にも登録している。		
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、そこでの意見をサービス向上に活かしている	家族代表、区長、地域の代表、民生委員、地域包括支援センター等の参加を得て2か月に1回開催している。会議では利用者の状況、活動報告や外部評価の結果を伝え、出席者からの意見をいただきサービスの向上に努めている。会議の内容は「そよ風だより」で家族に報告している。	家族、民生委員、区長、行政、事業所担当者と近況報告や感染予防の講話を行ったり、高齢者の交通事故多発の伝達をした。近くの交差点が危険箇所として話題となり道路整備についてお願いし、近々改善されることになった。会議での結果は、欠席の家族には広報誌で知らせている。職員は回覧押印、会議等で報告し共有している。	
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	市町村担当者は運営推進会議に毎回参加している。地域包括支援センター主催の認知症サポーター養成講座を受諾している。 市役所が近いため行き来が多く情報交換も多い。	直接出向くことが多く、市の方も直接書類を届けてくれるなど協力関係を築いている。認知症サポーター養成講座を地域に向け開催している。高校生の反応は良く、民生委員に対しても3回開催した。子供110番を設置したり、高齢者見守り事業を通して市との関係は良好である。	

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
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	身体拘束に関する委員会を設置し、定期的(2か月に1回)に開催している。 施錠については2階のドアは常に施錠せず解放している。 職員の目の届かない玄関は、道路に面しているため、利用者の安全面、不審者侵入対策として施錠している。	身体拘束廃止の考え方として「不適切なケアであるかの振り返り、自分でされて嫌なことしません」を念頭におきながらケアに取り組んでいる。鍵に関しては、不審者対策と安全上の観点で話し合い家族に説明し、同意を得て施錠している。服薬に関して拒否する方への対応を検討中である。	
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	虐待防止委員会を設置している。 身体拘束に関して事業所独自の理念があり、委員を中心に全体会議等で勉強会や検討会を実施している。		
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	H26. 11月より任意後見人制度を活用している利用者がいる。カンファレンスで学ぶ機会を持ち理解している。		
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	契約時には契約書および重要事項説明書の内容を十分に説明し、利用者および家族が納得した上で署名捺印をいただいている。		
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	新年会・夏祭り・創立記念祭へ家族参加の声をかけをし、関わる機会を設けている。不参加の家族へは月一回の請求書と共に郵便を送付している。ケアプランへ家族の要望を書いて頂ける記入スペースがあり活用している。	直接聞いたり、イベント毎に家族会アンケートを行うなどし意見を聞いている。月間報告書に普段の様子や体調について記入し、請求時に同封している。家族支援記録を作成し、全員に伝達したい内容を記録してスタッフで共有する仕組みになっている。	
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	職員は会議の他、日頃より意見や提案を言いやすい環境であり、申し送りノートを活用している。管理者は対応できるものは早急に対応する姿勢で意見を反映させている。	カンファレンスを開催して意見を出してもらいが、欠席者には事前に届けをだしてもらい、管理者からフィードバックしている。会議に限らず随時話し合いを行っている。	
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	定期的に考課表を用いて、職員個々の実績、勤務状況を把握している。職員への登用制度もあり、向上心を持って仕事ができる職場作りに努めている。		

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
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	外部の研修は、個々に応じた内容の研修に希望制で参加している。センター内では、毎月決まったテーマに添って、勉強会を行い、職員一人ひとりが知識を深められるよう取り組んでいる。		
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	市内のグループホームの代表者が集う「グループホーム協議会」が2か月に1回開催され参加している。管理者同士が外部研修会に誘い合って参加している。またお互いにイベントに誘い合い交流をしている。		
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	初回訪問時等に本人が困っていることや不安に思っていること等を聞き、受け止めるように努めている。		
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	初回相談時より家族等が話しやすい雰囲気を作り、困っていることや不安、要望に耳を傾け、良い関係作りに努めている。		
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	本人と家族がサービス導入を検討している段階で必要としている支援を見極め、対応に努めている。		
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	『介護をしてあげている』という立場ではなく、日常生活の中の料理や行事などを通して喜怒哀楽を共にし、支えあう関係作りに努めている。		
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	家族には何事も報告・連絡・相談をし、利用者を共に支えていくという関係が作れるようにしている。		
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	併設デイサービス利用者との交流も継続している。年賀状や暑中見舞い等も「だれに出したいか」をうかがい、なじみの関係が継続できるように支援している。かかりつけの美容室へ出かけたりしている。	年賀状、暑中見舞いを家族、友人、病院の先生、同級生に出し、返事を楽しみに待っている方もいる。職場の友人が面会に来てくれ、時間を共有し、思い出を振り返る場面がある。理美容院は家族の協力を得ながら支援している。家よりホームがいいという利用者が増えてきた。	

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
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	利用者同士が関わりを持てるよう毎日のレクリエーションの時間をとっている。 参加できない利用者も孤立せず、皆の集まる場所ですぐ事が出来ている。		
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	サービス利用を終了し、転居した利用者には転居先への面会、家族には季節の挨拶状等を送付している。また、必要に応じて相談や支援に努めている。		
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	日々の関わりの中で、利用者がどのような暮らしを望んでいるかを会話などから把握し、出来るだけ要望に応えられるように努めている。困難な場合は、情報・表情などからよみとり、思いに沿えるよう支援している。	日々の会話の中から汲み取るように努めている。趣味の継続や大正琴が好きな利用者には、家族会やイベントで発表してもらう。ポーセリンアートで自分の食器を作って楽しむ。市の講座の講師の協力を得て、いろいろな教室があり書道が一番人気になっている。	
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	本人や家族の話により、把握することに努めている。またアセスメントの活用・記入により全員が把握できるようにしている。		
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	ひとり一人の出来ることに目を向け、安心して生活できるように、心身状態等の現状の把握に努めている。職員は現状況を把握するための情報共有を行っている。		
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	介護計画は定期的開催されるカンファレンスで意見交換し、作成している。家族の意向は面会の時に担当職員がさりげなく聞き取りを行い、プランに反映している。	職員が家族の意見を聞き、ケアプランと介護支援計画表を用い、利用者のニーズにあわせた支援内容を記入し、目標達成に向けている。モニタリングは3ヵ月毎に実施し、評価しながらプランを検討している。	
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	個人記録にはケアプランのNo.を記入し、プランに沿った記録をしている。記録から新たな課題の発見・見直しに努めている。		

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
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	デイサービスを併設しており、ボランティアの方を招いてのイベントなどは交流も兼ね、一緒に楽しめるよう支援している。身体状況に応じて、デイサービスの特殊浴槽を利用することもある。		
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	ご家族と一緒にかかりつけの美容室、病院受診等を継続して利用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 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	協力医院の月2回の訪問診療はあるが、利用契約時にかかりつけ医を確認し、ご希望の医療機関に継続して受診できるように支援をしている。緊急時にかかりつけ医以外に受診する場合に受診経過や薬の情報等が一目で分かるような経過記録も個別に作成し管理している。	回診申し送りノートを作成し、変更点は朱色マーカーで注意書きする。外来受診の方は医療機関受診経過記録にて情報提供している。訪問看護の訪問が週1回あり。夜間緊急時は救急車対応になるので、早めに変化を把握して昼間に対応できるように努めている。	
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	週1回の訪問看護師に相談できる体制ができている。		
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。	入退院時の医師からの説明を家族と共に聞くなど、利用者が安心して治療を受けることができ、早期に退院できるよう病院関係者との情報交換や関係づくりをしている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	高齢化、重度化している利用者の家族とは『職員は人生の終末期まで携わることを意識してケアさせていただく』ということを話し承ってもらっている。医療体制の問題から現在看取りまでは行えていないが、引き続き医療連携を整えていける取り組みをしている。	医師との連携が整備されていないので、看取りは行わず、ギリギリまでの対応を行っている。終末期の判断は医師が行い病院へ紹介する。個別契約で訪問診療を受けている利用者もいる。段取りが整えば支援は可能と考えるが、現在は準備段階。	
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	心肺蘇生法や緊急時の対応の訓練を定期的に行っている。マニュアルは職員がいつでも見られる場所に常置している。		

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
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2回以上、夜間想定・自然災害想定・消防立会で行っている。家族や近所の方の参加もある。災害時、近所の方への連絡網が作成されている。避難時に外部の方がわかるように、利用者には反射材を用いたタスキの利用、チェックリストも作成している。	消防署からは2階ベランダに避難していれば消防隊員が救助するといわれている。3・11に群馬の系列施設に1か月避難した経験から検証し、備蓄の見直しをした。運営推進委員会の働きかけで災害時の近所の方の連絡網ができた。避難時に外部の方と見分けできるよう工夫をした。	ホーム全体の災害時の対策はできているので、合わせて個人個人の緊急持ち出し物品を用意しておくことで、災害時の安心が得られることを期待したい。
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	人生の先輩であることを常に意識し、関係がなれ合いにならないように、名前は姓で呼ぶことを基本としている。また、大勢の前で大きな声を出すのではなく、個人対個人で話ができるように場所や時間を考慮している。入浴や排泄誘導の際はプライバシーに配慮した言葉かけや対応をしている。	接遇マナー研修を行い、振り返る機会となっている。人生の先輩として言葉使いには特に気を配っている。入浴や排泄の場面でも1対1の対応になるので一人一人が注意するよう周知している。	
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	職員からの押しつけではなく、本人の意思を確認してから行動へ移すようにしている。利用者の会話等からも、本人の思いや希望を自己表現や自己決定できるようにしている。		
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	『～はいかががいたしますか?』など日々の生活のリードや声かけはするが、個々のペースで自由に過ごせるように支援している。		
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	その日の気温に合った服装や外出の際には、普段よりおしゃれな服装にしたりお化粧をしたり、好みを聞きながら一緒に選んだりしている。 家族と共に外出し美容院を利用する利用者もいる。		
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	昼食・夕食は厨房で調理している。利用者が厨房に行ったり盛付け、配膳、後片づけをしている。自然と一人一人の役割ができていく。外食の機会も多くしている。ポーセリンアートで作成した「その人オリジナル」の器を使用している。	本社の管理栄養士が考えた献立をデイの厨房で調理、利用者が配膳、片付け、食器洗い等を行っている。イベント食1ヶ月に2回、誕生会はその人の誕生日に赤飯や手作りケーキ等で祝う。外食の機会も多く、出かけることを楽しみにしている。また、自分で作った食器でも食事を楽しんでいる。	
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	食事量水分量は毎回記録に残している。 栄養士の作成したメニュー表をもとに食事を提供している。		

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
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	食後各利用者の力に応じて支援しながら口腔ケアを行っており、口腔内の清潔保持に努めている。		
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	失禁の少ない利用者は布パンツを着用している。一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄やポータブルトイレでの自立に向けた支援を行っている。	利用者に応じた個別支援に努め、改善に向けた取り組みを行っている。トイレまで遠いので、夜間はポータブルにしている方もいるが、昼間はトイレで排泄している。病院退院後そのまま利用されるようになった方で、オムツからリハビリパンツへ、やがてトイレに行けるようになった方がいる。	
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	個々に応じて、牛乳、乳酸飲料など多めの水分摂取をすすめたり、腹部マッサージ、便秘薬等でのコントロールを行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	個々の希望やタイミングで入浴して頂けるように支援している。午前中の中入浴を基本としているが、希望があれば午後、夜間にも行っている。また、入浴剤で変化をつけ楽しめるようにしている。日曜日等は併設デイサービスでの大風呂入浴、特殊浴を利用することもある。	希望に応じて柔軟な対応をしている。行事の都合で午前中の中入浴となっているが、最低でも週2～3回入れるよう支援している。デイの大風呂も人気があり、特殊浴を楽しみにしている人もいる。季節に合わせてゆず湯、しょうぶ湯や入浴剤を使用している。足拭きマットは個人ごとに交換し、感染予防に努めている。	
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	ひとり一人の生活習慣に合わせて自由に休息を取って頂いている。自分で動くことが出来ない方は時間を決めて、ベットやソファで休息できるようにしている。		
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	服薬管理を工夫し、誤薬がないようにしている。一人ひとりの服薬方法をかえ、シロップや散在にしたり、ゼリーと一緒に服薬して飲みやすいようにしている。		
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	何かひとつでも役割を持つことができるように生活歴や特技を活かせる機会を設けるように支援している。食事の準備や後片づけは役割として定着している。		

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
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に支援している	初詣や花見、紅葉狩り、外食等できるだけ楽しめるような計画をたてている。外食は好評で、時にはスイーツだけを食べるために外出することもある。その日の気分、天候に合わせて随時外出できるようにしている。	毎月の外出や外食を含めて様々な場所に出かけ、利用者の気分転換に努めている。個別に買い物やイベントとしてジャスコに出かけることもある。デイの送迎車(大型車両)を利用できることから、外出の機会は多くある。	
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	原則的にはお金は鍵のかかる金庫で保管しているが、少額なら所持している利用者もいる。買い物に行ったときは自分で支払える様支援している。		
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	字が書ける方にはご家族、知人への年賀状、暑中見舞い状を出すことを支援している。また、お正月には家族に「おめでとうコール」をしている。		
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	リビング、廊下にソファを置き自由に座れるようになっている。和室でも自由に横になることができる。玄関、リビングには季節に合った飾りつけを行い、外出時や生活の様子の写真・利用者の作品も展示している。	手作りカレンダー、季節ごとの外出の写真や利用者と一緒に作った作品を飾り、話題提供になっている。リビングにソファや廊下の途中に椅子を置き、外を眺めながら利用者同士で話ができる。和室にはこたつを置き、お茶を飲んだり、横になっている姿がある。	
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	共有空間(リビング)にソファがあり気の合う利用者同士が利用している。居室はひとり部屋となっており、独りになりたいときにひとりになれるよう配慮している。		
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	居室には日常生活の中で作成された作品や写真などを貼り、入居者自身が過去と向き合えるようにしている。入居時には使い慣れた湯のみ、茶碗、枕などを持参していただいている。	筆筒、テレビ、仏壇等を安全面に配慮し設置している。手作りの作品やフラワーアレンジメント、家族の写真などを飾り安心できる居室になっている。掃除は清掃担当者が行っている。	
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	トイレ、浴室、居室は解りやすく明記したり、茶碗、コップには名前を明記して利用者が配膳できるように工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名:岩瀬ケアセンターそよ風

目標達成計画

作成日:平成27年5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	35	【災害対策】 備蓄品、災害時の近隣との連携、協力等の対策はできているが、ご入居者様個人の緊急時の持ち出し品については、特に用意をしていなかった。	災害時に必要なご入居者様個人の緊急持ち出し品を一覧にし、把握・準備をすることで、安心感を得ると共に慌てないで対応ができるようにする。	①ご入居者様個人が大切にしているもの ②災害時これだけは、持ち出したいと思うもの 上記①②の内容を把握し、リストを作成する。避難訓練時に、実際に持ち出しを実施し、安心感が得られるようにする。	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。