

### 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	2372001384		
法人名	株式会社ユニマットそよ風		
事業所名	しんさかえケアセンターそよ風 3階(ひだまり)		
所在地	愛知県豊橋市新栄町字鳥瞰111番地		
自己評価作成日	平成24年10月1日	評価結果市町村受理日	平成24年12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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/237/index.php?action=kouhyou_detail%2010_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2372001384-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/237/index.php?action=kouhyou_detail%2010_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2372001384-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成24年10月29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)】

利用者様が安心して穏やかに暮らせるようにゆとりを持った時間の流れを作るようにしている。各利用者様についてカンファレンスを実践、利用者様に合わせたきめ細やかなケアサービスを実践、穏やかで明るい毎日を暮らして頂いている。

#### 【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)】

#### 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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

# 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 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	毎朝の朝礼にて理念の復唱を行い意識するようにしている。その理念はサービス提供に反映している。		
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	町内会の方と連絡を取り合い行事等で交流が出来るようにしている。施設の夏祭りには多くの地域の方々が来場される。		
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	運営推進委員会に地域の方も参加していたき、話し合いの場を設けている。夏祭りなどで地域の方と交流し直接触れ合うことで認知症の理解をして頂いている。		
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	年に数回運営推進委員会を実施している。町内会の方、ご家族様、相談員の方などと話し合いを行い施設のサービス向上に結び付くようにしている。		
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	行政に施設の事を話していくことによってサービス向上への助言、協力を頂いている。管理者が市町村の担当者と連絡をとり協力関係を築いている。		
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	日頃より会議などで話し合いを行っている。知識を身につけ一人一人が拘束しないように取り組んでいる。		
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	虐待防止の為に、虐待の種類を理解し、職員どうしてお互いに気をつけている。会議の場で勉強する機会を持っている。また、虐待防止委員会も設置している。		

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
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	成年後見制度を利用されていた利用者様がおりその際、学び知識を身につけている。		
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	入所前にご本人様やご家族様に説明している。疑問点などもすぐに解消するようにし納得を得るようにしている。		
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	運営推進委員会や家族面談などで頂いた意見、要望は職員同士で話し合いサービス向上に生かしていけるようにしている。		
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	グループホーム会議や全体会議の場で運営に関する意見や提案を出すことが出来る。意見や提案を取り入れサービスの向上につなげている。		
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	事務所の方針と同程度の整備に努めている。		
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	研修や施設内での勉強会を行いサービスの向上に努めている。全体会議にて毎回勉強会を行っている。		
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	グループホーム連絡協議会に参加する機会があり同業者とも交流する機会もあり勉強会を実施、サービスの向上に取り組んでいる。		

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 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	利用者様のお話をじっくり聞き少しでも不安等思っている事を軽減し、信頼関係に努めている。利用者様の状況を把握し、かつ利用者様のお話をよく聞くことで穏やかな生活をして頂けるようお手伝いしている。		
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	面談等でご家族様の困っている事、不安なこと、要望などを伺い理解する事で求められているサービスを提供していき、徐々に信頼が強くな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	センター方式の用紙を利用したりしてご本人様、ご家族様の要望を知り病院やケアマネージャーなどからの情報を検討し必要な支援を見極めて対応に努めている。		
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	一方的な支援にならないように一緒に過ごしたりご本人様から学んだり支え合う関係を築くようにしている。		
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	面会時やなかなか来られない御家族様には年賀状や暑中見舞い等で近況報告している。利用者様の生活のご様子は毎月発行の新聞で情報提供している。		
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	面会に来ていただきやすい環境作りを心掛けている。外出などで馴染みの場所の近くを通る際は声掛けをしている。馴染みの人との交流が断たれないようにいつでも面会が出来る。		
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	利用者様同士が仲良く過ごされるよう見守っている。また、職員が会話の仲介役になったり、レクリエーションなどをともにしたりして交流の場を作っている。		

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
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	契約が終了しても、お見舞いに行ったり他の施設に会いに行ったりしている。		
<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	(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	利用者様と一緒に過ごしたりカンファレンスを行うことで希望、不安の把握に努めている。希望や意向をお話しされる利用者様からのお話によく耳を傾けている。		
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	入所時に御家族様から生活歴など聞き、入所後もご本人様やご家族様から知り得た情報を職員間で共有している。		
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	利用者様一人一人の日々の様子を申し送りや記録から把握している。また、カンファレンスにより職員間の情報の交換を行っている。		
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	利用者様、ご家族様、医療機関などの意見を取り入れながら検討している。利用者様の変化を見逃さず、より良いプランになるように努めている。		
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	日々の様子や気付いた事など毎日記録に残している。申し送りやカンファレンスで情報を共有し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	一人一人の利用者様が安心して生活できるように特別なことでなくその時の一人一人に応じた柔軟な支援に取り組んでいる。		

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	地域に活用できる資源がないか探していき利用者様の生活向上に結び付くように努めている。		
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し、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	御家族様の希望により今まで通りのかかりつけ病院の医療を受けたり、提携病院へ変更し医療を受けている。協力病院の主治医による往診を月に一度行っている。		
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	訪問看護師が毎週施設に訪れ利用者様のご様子を見ている。その際に気づいた事や情報を伝えている。		
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。	入院中はお見舞いに伺うなどして入院先の病院と情報交換をするなどしている。入院された際、病院に症状や治療について尋ね早期に退院できるようにまた、退院後の事について相談している。		
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	重度化や終末期についてはその可能性が近くなってから話す事が多いので今後、早い段階から話し合う機会を持ちたいと考えております。		
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、事故発生時へのマニュアルを壁に掲示、また応急手当などについて勉強会を実施している。かかりつけ医に勉強会を開いて頂いたり、訪問看護の利用で備えている。		
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	夜間想定を含め定期的に避難訓練を行っている。また、非常食や防災用品などを用意している。		

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>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 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	一人一人の人格を尊重し誇りやプライバシーを損ねないように反応や態度を見ながら言葉かけや対応を行っている。		
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	職員が押しつける事がないように御自分から意思や希望を表すことができるように言葉かけや対応を行っている。		
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	通常の日とは特別な一日の決まりを作らず自然に任せた過ごし方をされている。その中で一人一人に合わせて出来る事ややりたい事を見つけ過ごされている。		
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	御自分で服を選ばれたり、自己決定のできるような声掛けを行っている。起床時に身だしなみを整える支援を行っている。		
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	日常の会話の中で利用者様の好みを把握するように努めている。もやしのひげ根取り、きぬさやの筋取り、食器拭きなどは個々の力に応じて行われている。		
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	食事量、水分量の記録をつけている。栄養士が考えた献立によりバランスよく栄養を採られるように支援を行っている。		
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	毎食後、一人一人の口腔状態に合わせた口腔ケアができるように支援を行っている。夕食後に毎日ポリデント消毒を行っている。		

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	排泄の記録をすることでパターンを把握し、トイレの声掛けをすることで失禁が減っている。排便も医師と相談し服薬しながら調整してきたことで下痢や便秘もほとんどなくなってきている。		
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	排泄チェック表に排便の記録をつけている。排便のない日が続く場合には、主治医に相談して便秘薬なども使用している。		
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	毎日入浴が出来るように支援している。入浴を拒まれる方には無理強いをせず、後日自然に入浴をして頂けるように努めている。		
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	就寝や起床時間など一人一人自由に眠られております。昼夜逆転にならないよう見守り、声掛け等で支援している。		
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	利用者様の薬情を個人ファイルの保管し、それぞれの薬の目的や副作用、用法や用量について確認できるようにしている。薬のセットと確認を別々の職員が行い間違いが起きないようにしている。		
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	利用者様一人一人の得意なことを把握し、楽しく過ごして頂けるように支援している。		
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に支援している	その日の希望、体調によって外出できるよう努めている。外出好きな方を把握しできる限り希望に沿うよう支援を行っている。		

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
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	お小遣いをお預かりして金庫に保管している。利用者様の希望で使用して頂く事が出来る。		
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	手紙などが届いたり電話したいとご希望があれば電話されたりと交流を途絶えないように心掛けている。		
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	トイレ、お風呂場、廊下に手すりを配置している。夏は涼しく冬は暖かく気温を調整し住みやすい環境を整えている。廊下の壁には利用者様の作られた作品や壁新聞を飾っている。		
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	楽しくストレスなく過ごして頂けるようにテーブル席の座り方などは配慮している。テレビの前のソファ席ではご自由にくつろいで頂いている。		
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	利用者様一人一人の好みに合わせて居室を使用されている。居室に棚にはテレビを置かれたり写真や仏壇、鉄道模型を飾られたり色々な使い方をされている。		
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	安全に生活されるよういろいろな所に手すりを付けてある。トイレなどは分かりやすいように貼り紙等をして支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 しんさかえケアセンターそよ風

## 目標達成計画

作成日: 平成 24年 11月 30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	1	町内会等に参加はしており、定期的に交流しているが、情報発信ができていないので、新聞等を作成し、情報を発信する。	3ヶ月以内を目標に、ツールを作成する。	ツールの作成 担当者決め	3ヶ月
2	2	ご家族より、昼食のメニューを知りたいと言われる。	定期的にその風便りに写真付きの昼食をのせる。	担当者決め	1ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月