

### 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   | 0070700163          |            |            |
| 法人名     | 株式会社ユニマツそよ風         |            |            |
| 事業所名    | 岩槻ケアセンターそよ風         |            |            |
| 所在地     | 埼玉県さいたま市岩槻区飯塚1280-3 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成27年9月15日          | 評価結果市町村受理日 | 平成29年1月23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27年10月1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)】

利用者一人一人が自由に生活して頂けるように配慮している。毎日清潔な服を着る当たり前のことが当たり前のできる支援。最後まで口から食べる工夫。年に一度のディズニーシーのバス旅行は、ご家族も楽しみにしておられる。そのための健康管理やそれに向けての体力づくりも目標になっている。

【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)】

・理念を基本に、利用者の思いを感じ、心に寄り添うケアを通して、職員の気付き力やスキルUPが図られ、職員の成長につながられている。利用者・家族との信頼関係が築かれ、運営推進会議や外出支援への協力が得られるなど、管理者のリーダーシップのもと、質の高いサービスが実践されている。  
 ・ご家族のアンケートでも、「家族的な雰囲気の中で過ごすことができ感謝しています」、「ダメなことはダメと言っていたが、甘やかすようなところも見受けられず、安心して母を預けておける」などのコメントが寄せられ、事業所・職員の利用者への思いやり、信頼感に高い評価が得られている。  
 ・目標達成計画の達成状況については、「地域住民との協力関係を作ること」を主に、運営推進会議や事業所の避難訓練への住民の参加の呼びかけや、認知症サポーター養成講座に地域の方が参加され、事業所の周知が高まるなど、課題達成に向けた取り組みが行われている。

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<br>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くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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. 全くない            |
| 59<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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                             | ここが生涯の家として、安心して暮らせる。病気や怪我などに気を配り、自由に生き生きと暮らせるように支援している。            | 理念をもとにした支援内容が新しいパンフレットにも掲載され、利用者の意志を尊重し、手を出しすぎることなく「そよ風のように」見守る姿勢が整えられている。管理者を中心に職員一人ひとりにも考え方が共有され、心のこもったケアが実践されている。 |   |
| 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                             | 地域の納涼祭などには積極的に参加させて頂いたり、散歩などを通して近所の方たちとの交流もさせていただいている。             | 地域の青年会の祭りへの招待、オカサのボランティアとの日常的な交流、さらに民生委員との協力のもと、近隣の住民を対象に認知症サポーター養成講座の開催など、地域との相互交流が図られている。                          |   |
| 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                           | 近所の方や民生委員などを対象に、認知症サポーター養成講座を開催している。                               |  |   |
| 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        | 今年度の課題は、災害訓練と営業活動を挙げ、意見をいただいている。営業ツールの見直しや運営推進会議中での災害訓練は今年度中に実施予定。 | 運営推進会議には家族の関心が高く、意見・提案などが多く出され、議事録も家族が作成されている。また、参加者からの提案を受け、パンフレットの見直し制作が行われるなど事業所の運営に活かされている。                      | 民生委員への参加の呼びかけや、認知症サポーター養成講座に参加された地域の方々にも声かけをするなど、参加者の幅を広げる取り組みを継続されることに期待します。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる                  | 包括・在支・社協・福祉課とは、日常的に連携をとり協力関係を築いている。お互いに利用者ケアではよい関係を保っている。          | 市担当者や福祉課などとは日常的に相談、連携が図られ、協力関係が築かれている。また、市主催の会議や研修への参加、さらに社会福祉協議会などのイベントへの協力も行われている。                                 |   |
| 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 | 年間研修計画の中に位置づけて、確認のための勉強会を行ない言葉の拘束も禁止している。                          | 日常的に「ダメと言わない」、「やってあげるではない」との考え方が周知され、利用者の言動や気持ちに同調することが大切にされている。また、拘束や虐待に関する最近の出来事などにも関心を持ち、職員への指導に結び付けられている。        |   |
| 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        | やはり年間研修計画の中に位置づけて確認をしている。また、職員同士がお互いに注意を払い疑問に思うことがあれば話し合いをしている。    |  |   |

| 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    | 管理者から必要に応じて説明を受けているが、実際に活用に至った方はいない。<br>現在一名弁護士を立てて検討中。     |   |                   |
| 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                         | 何度でも説明は実施している。<br>十分に納得して頂けるまで、面談を行っている。                    |   |                   |
| 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                     | 意見箱を設置したり、日々の会話の中で意見や要望を聞いて実行に努めている。<br>家族とも言いやすい環境ができています。 | 利用者とは「気を使わせない会話」で意見や要望を聴かれている。家族からは運営推進会議などを通して、サービスや運営についての提案をいただき、イベントの企画や事業所のパンフレットの見直しを実施するなど、協力関係が築かれている。          |                   |
| 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                                      | 管理者は常に現場に入り、職員の意見・提案を聞いてくれる。<br>その日のうちに実行に移せるように配慮してくれる。    | 職員間の意見交換は積極的であり、問題が発生すれば、「利用者が居心地良く過ごすにはどうしたら良いか」を基本に解決方法の話し合いが行われている。利用者の外出について、班分け少人数ずつにすることで、皆が出かけられるなどのアイデアも出されている。 |                   |
| 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      | 代表者と現場との温度差を感じている。  |   |                   |
| 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         | 研修の機会は多く与えられている。  |   |                   |
| 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 | センター長研修・各サービス部門別研修などの取り組みはされている。                            |   |                   |

| 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 |
| <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 | 入居までに時間をとり説明を行っている。納得していただいてから入居していただいている。                       |   |                   |
| 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            | 十分に話を聞いたうえで、サービスプランを作成している。                                      |   |                   |
| 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        | 本人の状態を見て、家族の要望を聞いて、今一番に必要なことを支援するように心がけている。                      |   |                   |
| 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                        | 共に生きる関係作り、お互いに支えあう関係作りを実行している。                                   |   |                   |
| 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         | 利用者の希望を実現するために、家族と共に支え合う関係を実行している。<br>たとえば、夜間帯の電話などにも快く応対してくださる。 |   |                   |
| 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                     | 家族の協力も得ながら、知り合いの葬儀や、同窓会参加など、支援している。                              | 「馴染みの所に出かけたい、訪ねて来たいは自由」との発想で、希望がかなえられるよう支援がなされている。家族とも協力し合い、親戚の結婚式や同窓会への出席、昔の仲間への見舞いなどにも出かけ、馴染みの関係の継続が図られている。 |                   |
| 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                 | 座席の配置や、同じ趣味のレクを実施するなどの支援をしている。                                   |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 本人は亡くなるまで在籍されているが、亡くなられた後も行事や母の日などには、家族が参加して下さっている。 |  |                   |
| <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<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   | 日々の会話の中から希望・意向を把握する。<br>会話のできない方は表情などで読み取っている。      | 入居時からの印象を大切に、利用者に気を使わせない会話や気軽に話せる雰囲気作りが心がけられている。「利用者の思いは120%でも理解する」との考えのもと、利用者の言動を否定せず思いを汲み取るよう努められている。            |                   |
| 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                                       | 本人から聞き取ったり、家族からの情報などで把握している。                        |  |                   |
| 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   | 1人ひとりの日々の様子を観察し、記録の記入により職員全員が把握するように努めている。          |  |                   |
| 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 | 家族の要望を聞き本人の日々の会話を踏まえて計画作成を行っている。                    | 利用者個々の生活歴、趣味、環境などを把握し、支援内容の目的や理由を明確にし、目標を設定することで、利用者のやる気と家族の理解が得られている。特に重度化への家族の不安や要望なども十分聴き取られ、具体的にケアへの提案が行われている。 |                   |
| 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                        | 個人記録はケアプランの実践はもとより、日常の小さな変化なども書き入れ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<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               | 買い物・通院のほかに介護タクシーを利用した日帰り旅行なども行っている。                 |  |                   |

| 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  |
| 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                                      | 包括支援センター・在宅支援センターの協力の下転倒予防教室や生き生きサロン等出席させていただいている。                      |   |  |
| 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                                  | 本人のかかりつけ医とは常に連携をとり、電話・書面などで連絡しあっている。3週間に1度の割合で往診も行ってくれる。                | 協力医療機関との連携が十分に図られ、利用者や家族の負担が軽減され、利用者一人ひとりへの個別対応の医療提供が行われている。かかりつけ医や専門医との連携や情報交換も行われ、安心した支援に取り組まれている。                        |  |
| 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                          | かかりつけ医の看護師がDrとセンターとの橋渡し役を担ってくれており、適切な受信・往診を受けている。                       |   |  |
| 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。 | 入院の際は、情報の提供、隊員の際にはサマリーを受け取り、かかりつけ医師も間に入り関係づくりができています。                   |   |  |
| 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  | 家族とDrとの話し合いを受け、方針が決まれば家族・Dr・職員が一丸となって最後まで全力を尽くす。                        | 利用者・家族の要望に応じてターミナルケアを経験したことで、家族からの信頼と職員の成長が図られ、重度化や終末期への方針が明確にされている。家族とは常にその時に状態や予測されるリスクなども十分話し合われ、医療との連携も図りながら対応に努められている。 |  |
| 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  | 年間研修計画の中に位置づけて勉強会を行っている。ただし、全員の職員が対応可とは言えない。                            |   |  |
| 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  | 災害時の訓練も取り入れてはいるが、センター内でのみの訓練になってしまっている。昨年度の目標に掲げた運営推進会での訓練は、まだ実施されていない。 | 風水害(土砂ずれ)を想定し、1階から2階にどう避難するかの方法や時間を検証し、全員で対策を確認するなどの取り組みが行われている。また、実際の近隣の火災からも学び、利用者の避難順番なども綿密に決められている。                     | 運営推進会議を通して近隣住民との協力体制を構築し、緊急時に役立てられるよう、日々の防災意識を積み重ねられることに期待します。 |

| 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>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                    | あくまでも利用者本位。<br>本人の希望第一に考えて対応。その時の状況も考えて行動する。                      | 事務所の外での会話や個人情報の管理などのコンプライアンスには日常的に注意がなされている。また、一人ひとりの気持ちを尊重し、イベントなどへの参加も「皆がやっているから」、「楽しいから」などの誘いはしないよう徹底されている。 |                   |
| 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                      | こちらからの決定は絶対にしない。<br>本人の言葉を待つ。                                     |  |                   |
| 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 | 自由第一を大切にしており、本人の意思にまかせている。  |  |                   |
| 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                                   | 訪問美容を利用して好きな髪型にしたり、通販で洋服を買われたり、広告のものを職員が買ってきたりしている。               |  |                   |
| 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      | 好みに応じた調理法や食べられないものは、代替え品を用意したりしている。<br>また、味見をしたり、食器を吹いたり一緒にやっている。 | 食事作りや準備から利用者が参加され、口からおしく食べていただくことにこだわり、一人ひとりに合わせた形態での提供に努められている。外食にも積極的に出かけられ、フードコートでラーメンや肉など好みの食事を楽しまれている。    |                   |
| 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           | その人に合わせた形態で、完食できる工夫や、その日に合わせた水分の提供をしている。<br>真夏は水分ゼリーを活用している。      |  |                   |
| 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                    | 声掛け・全介助など本人に合わせたケアの実施。お茶を頻繁に出し、口の中を清潔に保っている。                      |  |                   |

| 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                             | プロなら、汚さない誘導を！を常に考えながら、個々の排泄パターンやしぐさで声掛け・誘導を行っている。                          | 利用者のしぐさや動きを見逃さず声かけ誘導を行うことで、失敗による不快感を味わうことのないよう取り組まれている。同性介助については、介助する側が意識することなく、利用者の自然な意志に任せ、それぞれの能力に合わせた支援に努められている。             |                   |
| 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   | 食材やメニューの工夫をしている。日中のリハビリや歩行なども実施。寝たきりの方は、腸が動くように腹部のマッサージや体を左右に揺らすなど工夫をしている。 |  |                   |
| 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                            | 体調の観察を行ったうえで、基本毎日の入浴を実行している。同性介助や、就寝前の入浴など自由に支援している。                       | 時間や予定に追われることなく、利用者個々の入浴回数や時間の要望には極力対応され、夜就寝前の入浴支援も行われている。「入浴したい」との利用者の気持ちが大切にされ、個浴で話をしながらゆっくり入浴をされている。                           |                   |
| 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  | 個々に合わせた自由な就寝や、明かりをつけたまま休まれるなどそれぞれに希望に合わせた睡眠を支援している。                        |  |                   |
| 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   | 病院よりいただいた時点で薬の説明は実施しており、誤訳が無い様につけている。また、Drとの連絡も密にしており症状の変化も報告している。         |  |                   |
| 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                            | それぞれの得意なこと、見守りでできることを土台に制作・活動を行っている。吊るし雑政策はすごかった。                          |  |                   |
| 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支援している | 近くのコンビニや神社へ散歩がてら出かけたり大型ショッピングモールで食事や買い物、映画なども行っている。恒例のデイズニーシーはご家族の要望でもある。  | 外に出られることには積極的に取り組み、腰の重い利用者にも個別に公園まで出かけたり、庭でお茶を飲むなどの支援に努められている。また、家族や職員同士が協力し、デイズニーシーへのバス旅行は恒例となり、車いす利用やバルーン装着の利用者でも参加され、楽しまれている。 |                   |



| 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  | 財布を持ち、お金が入っていると生き生きしておられる。家族の了解を得て数千円を入れて買い物に出かけている。また、夜間就寝までの間だけ財布を渡しておくこともある。 |  |                   |
| 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   | 電話は自由にかけていただいている。間違い電話にならないように支援している。はがきの購入や投函の支援を行っている。                        |  |                   |
| 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 | カーテン・すだれ・季節を感じる飾り付けなどをして気持ちよく生活して頂けるように支援している。                                  | 清掃が十分行き届き、清潔感を感じられる共用空間作りがなされ、利用者が思い思いに自由に寛げるスペースを多く設け、訪ねて来られた家族と食事やお茶をしたり、カラオケを謳うなど居心地良く過ごされるよう工夫がなされている。 |                   |
| 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  | 廊下の長椅子や和室が利用されている。  |  |                   |
| 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  | 家族が持ってきてくださったものや、本人が大切にしているものを本人が望むように配置している。                                   | 生活感と個性豊かな居室作りがなされ、仏壇や金庫、読書用のテーブルなどそれぞれの利用者に合ったものが持ち込まれている。表札やカーテンの色柄まで個々の雰囲気に合わせて自分の居室としての居心地の良さを大切にされている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   | 居室前の名前やトイレなどにも大きな字で書いた紙を貼り自分でできることを増やしている。<br>また、居室内の物の配置なども考えて自分でできるように工夫している。 |  |                   |

(別紙4(2))

## 目標達成計画

事業所名:岩槻ケアセンターそよ風

作成日:平成 27年 11月 1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    | 運営推進会議への民生委員の参加や、地域の方々の参加を呼びかけ、参加者の幅を広げる。 | 現在よりも一人でも多くの参加者をお願いする。 | 行事等に組み入れてみる。       | 6ヶ月        |
| 2        | 35   | 災害対策について、自センターのみの訓練にとどまらず、地域との協力体制を築いていく。 | まずは、運営推進会議での訓練を実施してみる。 | 運営推進会議で提案後実施する。    | 6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。