

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 | 1170700163 | | |
| 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 | 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31年4月5日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年4月26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/11/index.php |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

【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31年4月17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)】

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用者本位の行動を心掛けており、皆が徹底してやっている。外出や買い物の要望にもすぐ対応している。いつまでもなるべく自立した生活を送っていただくために体操、リハビリを行っていただいている。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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)】

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>「家庭的な温かさ」が感じられ、家族と職員が一緒になって利用者のために敬老会や新年会など所内の行事はもちろん、恒例のテーマパークへの外出等に家族が積極的に参加協力され入居者・家族の満足が得られるよう支援がなされている。また、地域や市との連携が図られ、様々な相互協力によるネットワークが構築されている。</p> <p>・運営推進会議では、家族、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員に参加をいただき、事業所から、日頃の活動報告の他、運営推進会議の中で実際に避難訓練を実施し視ていただくことで、意見やアドバイスを受けるなど、事業所の運営にも活かされている。</p> <p>・目標達成計画については、災害時の地域との協体制作りを取り上げ、運営推進会議を通して訓練を視ていただいたが、近隣の住民の参加や地域消防団との連携までには至らず、今後も継続して取り組まれている。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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、安心して暮らしている (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 | 理念はセンターに貼り出して、常に共有できるようにしている。 | 入居者の「衣食住」にこだわりを持った理念のもと、培われてきた考え方が、日々の勉強会や新しい職員にも、共有が図られ、その人らしい生活が送られるよう支援が行われている。 | |
| 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 | センターの行事等に近所の方を呼んで、一緒に参加していただく。又、利用者達は散歩などに出掛けて、挨拶等かわしている。 | 職員とのつながりから、フラダンス、民謡、オカリナなどのボランティアを多数受け入れたり、地域の方に事業所が主催するイベントにも参加をいただいている。また、自治会が主催する納涼祭・盆おどりにもお誘いいただき、楽しみに出かけられ、交流が図られている。 | |
| 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 | 認知症サポーター養成講座等開いて、地域の方々に出席いただいている。 | | |
| 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 | センターでの行事や日常のことを報告して、又、実際に行事に参加していただいて感想等をいただいている。火災訓練を運営推進会議で行い、実際に避難の状況を見て頂いた。消火訓練にも参加していただいた。 | 事業所行事と併用しながら定期的開催され、家族や民生委員、地域包括支援センター職員に参加をいただいている。会議の中で消防署立会いでの避難・消火訓練が実施されたり、参加の家族が会議録を作成するなど協力体制が作られている。 | |
| 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取り組んでいる | 福祉課の方とは生保の利用者について何かとお世話になっている。 | 社会福祉協議会の転倒予防教室に参加したり、さいたま市の「百歳体操」のお手伝いをするなど、良好な関係が構築されている。また、地域包括支援センターとの連携を図り、事業所イベントの開催にも協力をいただいている。 | |
| 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 | 玄関以外は自由に開けられるようになっていく。危ないからという言葉は使わないよう努力している。 | 入居者が「閉じ込められ感」を感じないように動きを妨げることなく、事業所内を自由に動いていただいている。利用者が何故そうされるのか考えるよう指導が行われ、「危ないから座っていて」などの言葉は禁句とされている。 | |
| 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 | 虐待防止委員会を作り、常に発信し、実践の見守り等お互いしている。 | | |

| 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 | 認知症が進むことで必要になることを学び、実際に社会保険労務士の方との連携もさせてもらった。 | | |
| 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 | 必ず説明し、理解していただいた上で、契約等行っている。 | | |
| 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 | 運営推進会議で意見をいただいて実行している。 | 入居者からは「天気が良いから外に出たい」、「買い物に行きたい」などの要望が出され、業務を調整しながら叶えられるよう努められている。家族からの「心配ごと」などへの意見、要望には丁寧に応え、ケアプラン等にも盛り込まれている。 | 家族に日常の入居者の生活振りを見ていただくことが大切と想定されることから、お手紙や通信に事業所内外での生活の様子などを盛り込まれ、家族に伝えていく取り組みに期待します。 |
| 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 | 会議や申し送りの時に意見を出してもらっている。 | 日々の入居者の状態や変化については、朝夕の申し送り時を中心に、職員がお互いの意見交換を行い、全体会議でも議題として取り上げられている。職員からは「先輩からは技術だけでなく介護する心も学べる」など発言されている。 | |
| 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 | 職員がたりていない状況の中、なかなか満足していく職場環境には至らず。 | | |
| 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 | 日々実践、指導をして、機会があれば研修へも参加している。 | | |
| 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 | 自社内でのネットワークはできている。在支関係での活動からのネットワークは実践している。 | | |

| 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 |
| 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 | 必ずアセスメントを行い、本人からの気持ちを探っている。 | | |
| 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 | 本人だけでなく家族とも話をしている。 | | |
| 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 | 本人、家族との会話に基づいて、利用者様に合った対応を心掛けている。 | | |
| 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 | 役割を持ち、お互いにできることは協力している。 | | |
| 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 | 家族が協力できることは遠慮せずやっただいたっている。みんなで支えあう。 | | |
| 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 | 家族の協力は必要ではあるが、実施できている。 | 年末年始には家族と故郷に帰省されたり、同窓会に出席するなど、家族の協力を得ながら馴染みの関係継続のための支援が行われている。入居された後、今まで疎遠だった親戚の方が訪ねて来られるなど新たな馴染みも生まれている。 | |
| 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利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 1人になりたがっている時でさえ1人きりになることはない。 | | |

| 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 | 利用者が亡くなった後でもご家族が何かと訪ねて来てくれる。 | | |
| 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 | しぐさ、動き、言葉などで気持ちを把握するよう努めている。声掛けの反応で理解している。皆が家に帰りたいたいと思いながら生活している。帰れませんかとは絶対言わない。気持ちが変わるまで見守る。 | これまで培われた仕事や家事などが出来る機会を作るよう支援され、役割や潜在能力が活かされるよう思いや意向の把握に取り組まれている。気持ちを汲み取り、気づくことが大切にされ、知り得た情報は日誌や個人記録で共有されている。 | |
| 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 | 本人から出た言葉や家族との話の中で把握できている。(アセスメント) | | |
| 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 | その日の体調だったり、話し方などで現状の把握はできている。 | | |
| 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 | 1人1人の課題は本人の言動や家族からの聞き取りで見つけ出し、楽しみや安心な生活に向けた計画を作成している。 | 管理者を含めユニットの職員全体で話し合い、家族からの要望を取り入れ、医療からのアドバイスも含め、課題とニーズに合ったケアプランが作成されている。作成後は入居者・家族両者に説明がなされ、質問にも答えられることで、納得と同意に努められている。 | |
| 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 | 介護経過記録にケアプランのナンバーを書き込み実践できたか、見直しが必要かを考えている。 | | |
| 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 | 在支、包括で行っている運動教室等、無料で参加できる情報は発信しているが現状実行には至っていない。 | | |

| 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 | 公共の運動公園や寺社などに手作り弁当を持って出かけている。 | | |
| 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 | 在宅対応のクリニックへの移行。夜間でも休日でも適切な医療が受けられるようになった。 | 24時間対応の在宅専門の医療機関により日常的な医療支援が行われる一方で、精神内科、皮膚科、眼科などのかかりつけ医との関係も重視されている。受診の際には送迎に付き添い、医療との情報交換を行うなどの対応がとられている。 | |
| 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 | 24時間対応になり、直接医師からの指示が得られている。 | | |
| 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。 | 入院時は必ず職員が付き添い、内容を把握し、できる限り病院に出向き、情報をいただいている。 | | |
| 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 | 早い段階で利用者からターミナルの希望があれば家族、医師との話し合いを実施して、ターミナルを実施している。 | 「療養型の病院に入院させるか」、「ここで最期までお願いしたい」など家族の葛藤への相談に乗り、話し合い、「どうすることが利用者にとって最善か」を理解していただいたうえで終末期、看取りへの対応が行われている。 | |
| 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 | 事故発生訓練は年2回ほど。急変の対応は日々実践の中で身に付けている。 | | |
| 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 | 年2回のセンター職員での訓練は行っている。運営推進委員の方達とは行っているがご近所の方達の参加はない。 | 運営推進会議で参加者や家族に避難訓練を視ていただき、現状の問題点の把握に努められている。また、事業所の置かれた環境から、通常の火災等発生時の訓練に加え、水害などの自然災害発生への備えも実施されている。 | 様々な災害、事故発生は予測ができないと想定されることから、現在行われている運営推進会議での避難訓練の実施などに加え、地域住民や消防団と協力体制作りの呼びかけを継続さ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 |
| 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 | 利用者の人生を把握し、その人なりに対応をしている。してもらったことへの感謝の言葉、できなかった時の今日はたまたま、不安な時の過剰な声掛けはNG | 「待つ姿勢」が大事にされ、食事や洋服選びなど、時間がかかっても「自分でやる」ことを大切に支援がなされている。居室での私物に触れる時に一言断りを入れて一緒をお願いしたり、トイレで座ったときにタオルで覆うなどプライバシーや羞恥心への気配りが行われている。 | |
| 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 | いくつかのヒントを出して、そこから選べるような工夫。 | | |
| 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 | その日の体調や表情などで把握して、その人がしたいように過ごしていただいている。 | | |
| 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 | 本人の好きだった色やデザインなどを聞き出して支援する。新しいものもたまには買ったりする。 | | |
| 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 | リビングで調理している為、音やにおいなどで楽しみになっている。味見なども積極的に行っている。 | 食事支援の大切さは理念にも謳われ、常食で形がある食事にこだわり、ミキサー食には誤嚥を防ぐ対応をするなどの支援が行われている。友人や家族と外食に出かけたり、皆で蕎麦屋、回転すし、弁当のテイクアウトなどを楽しんでいる。 | |
| 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 | 食べられないものは別メニューで出している。トロミを使ったり、大きさを変えたりしながらしっかりと食べてもらっている。 | | |
| 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 | 声掛けや準備、又は全介助にてケアをしている。 | | |

| 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 |
| 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 | チェック表により時間帯を把握したり、動きや表情などで支援している。 | トイレでの排泄を基本に支援がなされ、車椅子使用だった入居者がリハビリを行うことで歩けるようになり、トイレでの排泄が可能になるなどの事例が見受けられる。失敗された時は、特に騒がず自然に接することで入居者の羞恥心とプライドが守られている。 | |
| 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 | 食べる量や時間帯、水分の摂取など工夫している。医師に相談して服薬もしている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 毎日入浴希望される方、昼間に入浴希望される方、その人の希望に合わせている。 | 夕方の夕食前に入浴されるが、習慣から夜10時ごろに入りたい入居者がおられ、対応されている。入浴中は皮膚や爪の状態を観察し、特に乾燥からかゆみを訴える入居者には、家族に状態にあった薬を準備いただくなどの対応がなされている。 | |
| 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 | 昼寝や体調不良時や不穏時などに応じて、自由に休息していただいている。 | | |
| 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 | 利用者の病歴を知った上で服薬の支援をしている。薬の副作用等も常に勉強している。 | | |
| 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 | 縫い物やパズル、折り紙、カラオケ、作品作りなどの支援をしている。 | | |
| 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 | 家族の協力の下行っている。同窓会出席(都内ホテル)、奥様施行。妹様が入っている老人ホーム | 入居者それぞれに合わせた散歩コースを設定し、近くの神社、公園、元荒川などへ散歩に出かけられている。10年以上恒例となったテーマパークへの外出を始め、公共交通機関を利用して駅前のレストランでの食事や買い物に出かけるなどの支援も行われている。 | |

| 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 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 | 管理できる方は財布を持っていて、買い物もできている。管理できない方も職員と確認しながら財布を持っている。 | | |
| 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 | 家族よりかけていい人の番号を聞いておいて、本人が希望する時はいつでもかけている。 | | |
| 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 | 窓が大きく、いつでも開けられる状態にあり、光も風も感じている。 | リビングや廊下の各所に藤の花の飾りなど季節感のある装飾が施され、まごころが感じられる趣のある環境が整えられている。開放的なキッチンからは食事を作る音や匂いなどを感じていただき、また、席の配置などにも気を配った空間作りがなされている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | 和室があったり、廊下に長椅子があり、自由に使用している。 | | |
| 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 | 自宅でも使用していた布団や鏡などいつも使っていたものを持ってきていただいている。 | 居室には鏡台や冷蔵庫、加湿器などが持ち込まれ、入居者・家族それぞれの思いや習慣に応えた支援が行われている。昔の思い出のものや写真を飾るなど、居室=自宅として掃除にも職員と一緒に参加され、その人らしい自由な生活を送られている。 | |
| 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 | 廊下両サイドの手すりや和室の高さなど利用者が自分でできると応援している。 | | |

(別紙4(2))

事業所名: 岩槻ケアセンターそよ風

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 4 月 25 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 | 10 | 利用者様の日常どう生活しているかわからないご家族がいる。 | 日常生活、行事等、どのように行っているかをご家族に知っていただく。 | 行事だけでなく、日常生活の様子も通信に載せてご家族に配布する。 | 1ヶ月 |
| 2 | 35 | 災害時の地域住民との協力体制が確立できていない。 | 地域住民、消防団と協力体制を作る。 | 自治会や地域住民と常にコミュニケーションを図り、災害時の協力体制を築く。 | 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。