

### 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   | 1171000175             |            |           |
| 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    | 八潮ケアセンターそよ風            |            |           |
| 所在地     | 埼玉県八潮市中央三丁目1番地12       |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和元年7月13日              | 評価結果市町村受理日 | 令和2年7月15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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do">http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do</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 | 令和元年7月31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)】**

孤立や寝たきりとならないように、こまめに声をかけている。入居者同士と一緒に生活する同士として関わりを大切に支援している。健康長寿でいられるよう、食事や医療との連携で長期のご利用をして頂いている。希望により、ターミナルケアを行なっている。

**【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)】**

・入居者の日々の食事や健康管理など基本的な介護を重視し、入居者一人ひとりの特徴や人格を尊重したケアを実践されている。特に重度化、終末期、更にターミナルケアへの対応は医師、看護師の協力のもと、入居者・家族の意向に応え、職員間の連携と情報交換もスムーズに行われるなど、レベルの高い取り組みが行われている。  
 ・運営推進会議には、家族や地域包括支援センター職員に参加をいただき、災害対策やヒヤリハットへの対策、近隣の子供や中学生との交流の提案など、入居者の身近なことが話し合われている。  
 ・目標達成計画の達成状況についても、職員一人ひとりの入居者への思いの発言機会を多くすることに取り組み、ユニット会議だけでなく、現場で計画作成担当者を中心とした話し合う機会を増やし、食事やリハビリ、レクリエーションなどに様々な意見が出され、サービスの向上に繋がったことから目標が達成されている。

**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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<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)   | ○<br>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)           | ○<br>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)                     | ○<br>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)                 | ○<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>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. 全くいない           |
| 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)  | ○<br>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、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>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)                | ○<br>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                                       | ○<br>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)       | ○<br>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                                   | ○<br>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) | ○<br>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                            | 職員は業務としてではなく一人一人入居者に寄り添い、人とのつながりを重視している。個性を大切に対応している。  | 理念をもとに入居者の安全な暮らしと個性に合わせた対応を心がけている。また、入居者同士の間人間関係を大切にケアに取り組まれ、「やりすぎない介護」、「入居者がやりたいようにやっていただく」支援を実践されている。    |   |
| 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                            | 地域の一員として町内会に加入している。傾聴ボランティア、乳酸菌飲料の販売を継続している。入居者と市民まつり、ゴミゼロ運動に参加し、地域に開かれた事業所として取り組んでいる。       | 建物の中だけで生活を完結させないことを基本に、歌や太鼓、傾聴ボランティア、デイサービス利用者などとの人的交流、地域のゴミゼロ運動への参加などを通して地域との交流に取り組まれている。                 | 外部の様々な人との交流は入居者の生活にとっても大切と想定されることから、近隣の幼稚園児や市内中学生の職業体験などを受け入れ、交流の幅を広げる取り組みに期待します。 |
| 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                          | ボランティアの活動中や乳酸菌飲料の販売員などに、対応方法などを説明している。理解が深まり対応がスムーズになっている。                                   |  |   |
| 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       | 日頃気付いたことなど意見を頂き、活動内容を見直しながら取り組んでいる。  | 家族や地域包括支援センター職員を中心に開催され、参加の家族からは災害対策や子供との触れ合いをさせてほしいなどの意見、要望が出されている。家族が参加されない時は入居者本人にも参加をいただいている。          |   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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                  | 自然災害の情報を得たり、事業所連絡会にて意見交換を行っている。介護相談員を受け入れ、入居者からの相談や気付いた事の報告を得ている。                            | 介護相談員派遣事業の受け入れを実施し、意見・提案をいただき、業務の向上に繋がられている。また、市主催の事業所連絡会では、水害対策や防災無線などの防災対策についてアドバイスをいただいている。             |   |
| 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 | 身体拘束廃止委員会を中心に、話し合いや職員に対し研修を実施している。自己チェックし、理解や言動など共通認識に努めている。家族の意見を聞き安全を配慮し、行動の制限をしないよう努めている。 | 身体拘束適正化委員会は定期的実施され、職員の研修も行われている。特に「ちょっと待つて」などの言葉による行動の制止を取り上げ、具体的な表現を使い、「どのくらいで大丈夫か」などをはっきりと伝えるよう取り組まれている。 |   |
| 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       | 管理者は、個別に気付いた時に声を掛け話し合っている。特に職員間で業務上ストレスがないようにフォローし合い、虐待防止に取り組む。社内研修やアンケートを定期的実施している。         |  |   |

| 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    | 後見人制度を利用している入居者がいないため、理解が不十分と感じている。今後勉強会を行ってきたい。  |   |                   |
| 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                         | 入居時に契約書、重要事項説明書を説明し同意を得ている。費用面、緊急時や医療面は十分に説明している。   |   |                   |
| 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                     | 入居者は、介護相談員に要望などを話す機会があり、それを間接的に報告を受け職員に回覧している。家族様には、面会時や運営推進会議で伺う機会を作っている。要望ファイルを作り情報を共有している。 | 運営推進会議のほか、面会時やケアプラン説明時に意見や要望を聴き取り、また、その機会に入居者の生活ぶりや言いにくい事項についても報告されている。また、「そよかぜ便り」で個々の生活ぶりを伝え、コミュニケーションを図られている。 |                   |
| 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                                      | GH会議以外でも、ユニット内で話し合っている。意見、提案を話す環境となっている。業務の改善など、聞き取りユニット独自の方法に改善している。                         | 計画作成担当者を中心にユニット内での話し合いは積極的に行われ、結果は事業所全体に報告されている。「職員による感じ方やアンテナの張り方」の違いを重視し、意見の相違は話し合っ平準化、統一化を図られている。            |                   |
| 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      | 自己を振り返りチェックし、面談し次の目標を立てている。条件など見直している。  |   |                   |
| 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         | 社内外の研修が受けられるようにしている。各委員会担当などで講師になり、研修を実施してもらっている。   |   |                   |
| 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 | 介護事業者連絡会や市内の地域密着型サービス会議にて勉強会や意見交換を行っている。社内のGH協議会で、独自のサービスなど情報交換をしている。                         |   |                   |

| 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 |
| <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 | 自宅での実態調査の際に、細かな情報も聞き逃さず、詳しく多くの情報を得られるよう努めている。ザックバランに話せるような雰囲気作りを心掛けている。                          |   |                   |
| 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            | 入居前に現状の介護状況を傾聴している。入居後も、電話や面会時に生活の様子を報告し、心配や不安などの軽減に努め、世間話をしながら家族の要望を聴けるよう努めている。                 |   |                   |
| 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、家族の両者に意見を聞き、必要であれば、医療や他のサービス利用も検討できるように、相談しながら対応している。   |   |                   |
| 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                        | 日常生活の中で、その方の能力に応じ、できる事が継続して行えるよう、一緒に家事などを相談しながら、助けてほしい事を何気なく伝え、行っている。わからない言葉の意味や漢字などを教えていただいている。 |   |                   |
| 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         | 毎月そよ風たよりにて、生活面や医療面等、個人の近況報告を行っている。変化時には、連絡し相談している。家族も参加できるレクリエーションを開催し一緒に過ごす機会を設けている。            |   |                   |
| 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                     | 本人の要望を受け入れ家族対応となるが、行きつけの美容室に通えるよう支援をしている。友人や知人が訪問しやすい環境づくりを心掛けている。                               | 昔の仕事仲間や教え子、ご近所の方などが訪ねて来られ、また、顔なじみのデイサービス利用者と会話をされるなど馴染みのつきあいが行われている。家族の協力を得てご自宅を見に行かれたり、馴染みの美容室に通われる入居者もおられる。 |                   |
| 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                  | コミュニケーションがとれるように、職員が間に入り、スムーズに関われるよう支援している。互いに協力したり、気にかけてたりしながら生活できる関係を支援している。                   |   |                   |

| 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                    | サービスが終了しても、必要時に相談に応じている。  |  |                   |
| <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   | 日頃、話をする時間を設け、会話の中から本音と思われる言葉を、共有するよう申し送っている。なぜそう思うのか探り、可能な限り希望に沿えるようにしている。もしくは変わりになるものや、気分が変わることを検討し対応している。 | 新聞、テレビ、天気予報、高校野球などの話題から会話のきっかけが作られている。特に入居当初は密にコミュニケーションを図り、入居者の情報を集め事業所全体で共有し、思いに応えたケアが実践され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                                       | 本人からの情報や、家族に確認し情報を得ている。   |  |                   |
| 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   | 本人との会話等を通じ、生活を観察し新たな発見や変化を情報共有している。   |  |                   |
| 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 | 本人、家族より思いや希望を伺っている。主治医の指示により機能訓練や体調管理を盛り込んでいる。定期的にかンファレンスを開きケアプランを作成している。                                   | ケアプラン作成前には、入居者・家族から思いや要望を聴き、特に家族からは思いを文章にしていたいただき、ケアプランに反映するよう努められている。プランをもとに日々の生活支援の細部にわたる援助計画表が作成され、現場のケアに活かされている。 |                   |
| 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                        | 昼夜共に最長でも2時間に1回は所在確認をし行動など記録している。日常の、言動や状況等について支援経過に記録し送りノート、ヒヤリハットノートも活用し職員間で情報を共有している。                     |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<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               | ニーズに対して、両ユニットの計画作成担当者、併設の居宅ケアマネ、デイサービス相談員等と随時、サービスの相談を行っている。  |  |                   |

| 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  |
| 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                                      | スーパーに買い物に行ったりして、顔なじみの関係でいられるように努めている。地域社会との交流を支援している。   |  |  |
| 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                                  | 月2回の往診で、日々の心身の様子や変化を報告している。往診医より変化時は直接家族へ状況説明をして頂いている。必要に応じ専門医の紹介受診の支援を行っている。   | 入居者の健康管理について、往診医を変更し、また、看護体制も従来の委託看護師から自社看護部からの看護師配属となり、日常的にはデイサービスとの連携も図られている。日々変わる入居者の情報は申し送りノートで職員全体に共有されている。 |  |
| 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                          | 週一回、看護師に日々の様子を伝え、健康管理についての指導がある。特変時には、24時間電話体制で指示を受けたり、デイサービスの看護師にすぐに診てもらえる体制ができている。  |  |  |
| 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。 | 入院時には、介護サマリーを提供し口頭でもADLなど詳しく伝えている。退院に向け、受け入れ可能な状態など伝え話し合い、できる限り早期に元の状態に戻れるよう、病院と連絡調整しながら体制を整えている。                           |  |  |
| 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  | 老衰や重度認知症となっても、最期まで経口摂取できるように工夫したり、寝たきりにならないように等、GHで介護できることを、医師、薬剤師、看護師、家族、職員で協力し連携を図っている。10名以上ターミナルケアの経験があるが、その都度学び取り組んでいる。 | 重度化や終末期、そしてターミナルケアにも十分対応され、事業所として出来ること、出来ないことを話し合い、入居者と家族の思いに応えられている。医師、看護師の協力を得ながら職員の指導も行われ、経験を活かせるよう取り組まれている。  |  |
| 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  | マニュアルに基づき対応している。AEDを設置したので、救命講習や応急手当の研修や講習を受けたいという職員の声があり実施したい。   |  |  |
| 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  | 日中の避難時は、センター全体で救助するよう、定期的に訓練している。夜間は家族数名の応援もお願いしている。  | 運営推進会議やイベント開催時に、家族へ災害時、特に夜間の駆けつけ協力依頼を行い、見守りなどの約束を取り交わされている。また、近隣の犯罪発生状況などを確認し、災害と同じレベルで対策に取り組まれている。              | 自事業所における災害リスクを知ることに取り組み、夜間の協力体制も築かれています。ハザードマップを確認し、より環境に合わせた災害対策を検討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 |
| <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                    | 居室やリビングにて、自由に過ごして頂く時間を大切にし、見守っている。尊厳を尊重しながら、なじみの関係を築いた言葉遣いをしている。                       | 「子供を持たなかった」ことなど、入居者が触れられたくない話題などには十分に気を配り、プライバシーの保護に努められている。ユニット間の移動を含め、一人ひとりの自由な時間の過ごし方が尊重されている。        |                   |
| 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                      | ちょっとした発言から、思いをさぐり、会話を進めている。会話が困難な方は、表情や言動など観察し、意思の確認を行い自己決定できるように努めている。                |  |                   |
| 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 | 基本的な日課はあるが、体調やペースに合わせ、普通な暮らしが送られるよう、焦らせず支援するよう心がけている。                                  |  |                   |
| 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                                   | 清潔を心掛けている。好きな洋服を着て頂いている。顔そりやヘアカットを定期的に行っている。毛染めはご家族の協力を得ている。鼻毛切りの要望もあり、道具を用意し行って頂いている。 |  |                   |
| 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      | 残存機能を活かし、自分で食べる意欲や楽しみを支援している。盛り付け、テーブル拭き、配膳、下膳、片付け等、一連の動作を職員と一緒にやっている。                 | 栄養や味付けに十分配慮し、一品一品ごとに小鉢に入れられ、目にも楽しめる食事が提供されている。入居者は準備や後片づけを手伝うほか、手の消毒やメニューの記載に参加されるなど、職員と一緒に食事時間を楽しまれている。 |                   |
| 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           | 苦手な主菜は、可能な限り変更し提供している。食事量、水分量は一目で把握できるように記録している。不足時は、時間外でも補給できるように努めている。               |  |                   |
| 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                    | 起床時と毎食後に一人一人に合わせた口腔ケアを行っている。歯科受診の対応も行っている。   |  |                   |

| 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 |
| 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                              | トイレでの排泄を心掛けている。排泄状況を確認しながら、サインを見極め、誘導している。夜間のトイレも自立できるように、福祉用具の活用も検討し支援している。                  | ポータブルトイレや照明器具の活用を行うなど、視力の弱い入居者でも夜間安全にトイレ排泄が出来、自立する力が低下しないよう支援がなされている。また、声のかけ方などプライドやプライバシーの尊重にも取り組まれている。   |                   |
| 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  | 起床後に飲料の提供や乳製品・野菜ジュースなどを提供し、下剤が過剰服用にならないようにしている。バランスのとれた食品を摂り自然排便を促している。食物繊維が多く摂れる製品を摂って頂いている。 |  |                   |
| 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、個々に合った支援をしている                             | 毎日入浴はでき、希望されている方もいるが、片寄りのないよう配慮し清潔保持に努めている。身体の事や雑談しながら、個々に合った支援をしている。その方の入浴方法にも合わせている。        | 入浴の仕方、身体の洗い方などは個々の習慣を尊重しながら支援がなされている。湯船に浸れない入居者にはシャワー浴や足浴などの対応が行われ、バルーン装着の入居者も看護師の協力で入浴していただいている。          |                   |
| 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   | 食後など、居室やソファで一休みしたり、個々の状態に合わせた眠りを支援している。   |  |                   |
| 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  | 処方薬の変更時は、申し送りのノートに記入し、副作用の注意や観察なども、全職員が確認するようにしている。きちんと服用できるよう、薬剤師に相談し指導を受けたり、服用方法を工夫している。    |  |                   |
| 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                             | 本人ができる事を活かした支援をしている。役割が喜びとなり、習慣となり、進んで行なうようになっている。  |  |                   |
| 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に支援している | 花見や祭りなど季節行事などで外出支援を行っている。本人の希望で自宅の様子を見に行く事や結婚式など、準備や家族の協力で出かけている。                             | 近くの児童公園に出かけたり、近所でミカンの実が生ったり、ひまわりの花が咲いたりすれば見学に行かされている。また、家族の理解と協力も得られ、通院時に一緒に食事をされたり、親族の結婚式に出るなどの支援が行われている。 |                   |

| 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<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  | 月2回の乳酸菌飲料販売を継続しており、お財布から各自精算して、購入できるようにしている。   |   |                   |
| 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   | 電話がしたいという方には、事務所に職員が電話をかけ話して頂いている。家族や友人に年賀状等を出す支援も行っている。   |   |                   |
| 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 | 明るい雰囲気になるように、入居者の作品や季節の物を飾っている。希望に添い居心地の良い居場所にてゆっくりと過ごして頂いている。異臭などないように清潔を心掛けている。                    | ユニットの入り口には入居者が描いた職員の似顔絵や季節感のある貼り絵などが飾られ、ほっとする癒しの空間作りがなされている。ソファや食卓などは入居者それぞれの居場所を大切にされ、安心した居心地の良い生活を送られている。 |                   |
| 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  | 気の合う同士、ソファで過ごせる環境にしている。一人一人がテレビを観たり、談笑したり、新聞や雑誌を読んだり好きな事をして過ごせるようにゆったりとした環境にしている。                    |   |                   |
| 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  | 自宅で使用していた家具などをお持ち頂き、自宅での生活環境に近づけられるように、一人一人の個性を活かした居室作りを支援している。家族には馴染みの物を置く意義などを説明している。個人作品なども飾っている。 | 生活しやすさを大切に、入居者それぞれの個性を活かした居室作りへの支援が行われている。家族の写真、自分の創作作品などが飾られ、読書を楽しまれたり、好きなテレビ番組を録画して楽しむなど、自由に過ごされている。      |                   |
| 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   | 居室やトイレなど、目印などつけている。時間がわかるように大きな時計を目につく場所に設置している。移動がしやすいように動線を確保している。                                 |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名: 八潮ケアセンターそよ風

## 目標達成計画

作成日: 令和 元 年 9 月 5 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        | 2    | 地域との交流が変わりなく増えていない。 | 新規の交流を増やす。                 | 保育所や職場体験などを受け入れる。                               | 12ヶ月       |
| 2        | 35   | 火災や地震訓練のみ行っている。     | 水害や犯罪の状況を把握し、環境に合わせた対策を図る。 | ・水害時の訓練を実施(計画書の作成)。<br>・中央交番から、近隣の犯罪などの情報を共有する。 | 12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。