

令和 4 年度

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	1670102225
法人名	(株) ユニマツト リタイヤメント・コミュニティー
事業所名	とやまケアセンターそよ風
所在地	富山市上袋518-1
自己評価作成日	令和4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）】

<p>その人らしさを大切に、住み慣れた地域で穏やかに暮らして頂けるようにスローガンを掲げ職員が同じ想いで支援を行っている。又、本人及び家族の希望がある場合はターミナルケアが行えるよう、看取りの指針を作成し、主治医の協力のもと24時間体制を整え、安心して療養出来るよう対応している。</p>
--

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページ等で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和4年9月8日	評価結果市町村受理日	令和4年10月20日

【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>声かけにこだわり、利用者のプライドや尊厳を大切にケアを心がけている。2年前に作成した理念を見直し、職員の意見を集約した新たな理念（スローガン）は10月より運用予定で、現在、新しいスローガンに基づいた職員一人ひとりの目標を立てている。職員間の風通しもよく、現場で共に働く管理者には、なにかあればすぐ相談できる環境でもある。市内の協力医療機関と密に連携をとり、希望があれば看取り対応も行っている。</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ます。 (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回程度ある 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、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. ほとんどいない
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				

# 1 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	職員全員で考えたセンター独自の理念(グループホーム全体と各ユニットの理念)を共有スペースに掲げ月一回のグループホーム会議の際に皆で唱和している。皆で理念を共有し実践に繋げるよう努力をしている。	全職員から案を募り、それを集約した新しい事業所の理念(スローガン)を10月より運用予定である。スローガンをもとに職員一人ひとりが目標をたて、その目標も書かれたスローガンを廊下に掲示することとしている。	
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	町内の回覧板で地域行事を確認し、参加出来るものには参加している。今までコロナ感染予防の為、運営推進会議が開催できなかったが、今期より開催し、活動内容を報告し、地域の人たちと交流している。	コロナ禍で交流の機会は限られているが、散歩の道中にご近所と挨拶を交わしたり、裏の畑の農作物や花をいただいたりと地域とのつながりは継続されている。隔月で介護相談員の訪問もあり、地域とのつながりを大切にしている。	
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	コロナ感染予防の為、現在地域交流は少なくなっているが、施設周辺の散歩をした時は、地域の方に挨拶をして、交流を深めるようにしている。		
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	会議を通して活動報告を行い、又、参加者から色々な意見を頂いて、サービスや支援に結び付けている。	中止していた会議を今年度より再開。町内会長や民生委員、家族の参加があった。中止期間に報告書の書式をわかりやすいものに変更し、現在運用中。参加案内や議事録を全家族に送付し、より意見が出やすくなるよう取り組んでいる。	
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	地域包括支援センターの担当者から情報や意見を頂いたり、市町村の担当者へ分からない事があれば、相談や質問を行い、更なる良質のサービスに繋げている。	地域包括支援センターと日常のを中心、市役所には制度の確認などでやりとりを行なっている。具体的には事故の報告に関することや利用者の今後のことなどを相談したりした。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束適正化委員会を3ヶ月ごとに開催し、身体拘束や拘束と疑わしき行為について皆で報告し合い、適正であるかを判断し、正しく支援を行っている。	入居時に施設指針を説明し、同意してもらっている。また、3ヶ月ごとに委員会を、年に2回の勉強会を開催している。虐待に関しての職員アンケートも年に4回行い、意識を高めている。	
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	年2回虐待についての研修を行い、虐待防止に対する意識を高めている。又、3ヶ月に1度虐待防止委員会も開催し、虐待が見過ごされることがないように皆で支援について報告をしている。		

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 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	成年後見制度や日常生活自立支援事業について、社内研修があり、その研修を受講して学びを深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者や計画作成担当者が主となり、入退居時には、直接説明し、ご理解を頂いている。又、いつでも質問に応じ対応している。		
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	面会時にお客様の様子をお話しながら意見を聞いている。苦情・要望があった場合、書式に記入し職員全員に回覧し解決へと繋げている。	意見は面会時に話をする中で出ることが多く、タブレットで「面会」項目に入力。内容に応じて申し送りノートに転記している。それらを出勤時全職員が確認している。家族には満足度調査も行っており、運営に反映させている。	
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	会議の中で意見提案し協議している。また、日常の中でも意見があった場合にも協議し改善へと繋げている。判断のつかない要望については上司に相談し解決している。	管理者は現場に入ることも多く、日頃より意見が言いやすい風通しの良い環境にある。会議前には議題を職員から募り、ケアのことや席位置などさまざまな話し合いを行なっている。	
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	代表者は現場に入り、職員個々の仕事に対する動きや思いを見聞きし指導・助言している。		
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	個々の職員に応じ、現場を通じてのOJTを行っている。又、スキルアップの為、毎月職員が講師となり、社内研修を実施している。		
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	現在コロナ感染予防の為、地域のイベントや研修が行われていなく、交流が少なくなった。又、認知症カフェ等の交流の場が増えれば、積極的に交流し意見交換を行う。		

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	入居前に自宅や施設等に伺い、本人やご家族・職員から状態をお聞きしながら、思いを聞いている。安心して新しい生活環境に馴染めるよう努めている。		
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	入居前の実態調査を行い、家族の不安や要望をお聞きし支援に結び付けている。又、誠意を持って対応し、信頼関係を築け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	いくつかのニーズの中、何を優先すべきかを判断し初期の支援を行っている。又、お客様の想いを一番に考え対応に努めている。		
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	尊厳の気持ちを忘れず、共に生活する楽しさ、悩み、不安を共有し、家庭的な雰囲気です支え合っている。		
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	コロナ感染予防の為、交流する場や時間が少なくなっているが、ルールの範囲内で外出やリモート面会を行っている。又、密に家族様へお客様のご様子を報告、相談し共に支える関係を築いている。		
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	本人様やキーパーソンのご了解のもと、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援をしている。	感染対策をしながらの面会が行なわれており、正月やお盆には自宅に帰る方もいる。また、家族には毎月利用者ごとの報告書と広報誌を送付しており関係継続に配慮されている。市内にある、利用者お馴染みの場所へ初詣に出かけるなどの支援にも取り組まれている。	
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	利用者同士の関係性を確認し、自席や共有スペースの環境を随時調整している。又、お客様が孤立しないように職員が間に入り、話題提供に努めている。		

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
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	契約終了後、次の施設や病院へスムーズに移行できるよう情報提供に努めている。又、相談があれば要望に努めている。		
<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	コミュニケーションを深めていく中で、本人の希望・要望を把握し、サービス提供に努めている。意思疎通が困難な方に対してはノンバーバルコミュニケーションにより、ニーズを把握し支援へ結び付けている。	日常の雑談の中で一人ひとりの意向や希望を聞いている。聞いた意向は生活特記として記録に残し、出勤時に全スタッフが確認することで共有を図っている。	
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、各関係者からの情報を活かしサービス支援を行っている。特に実態調査から本人の暮らしの環境や馴染みの物を知り入居後の暮らしに役立てている。		
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	日常生活の様子で気付いたことは常に職員や関係者(多職種)の中で情報交換を随時行っている。又、定期的にカンファレンスを開催し、穏やかに生活して頂けるように支援展開をしている。		
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	定期的にモニタリングとアセスメントを居室担当が行い、本人様や家族様からの情報を参考に課題抽出している。その課題について職員間で意見を出し合い支援を見直しプラン作成を行っている。	利用者の意向をもとに毎月のユニット会議で職員の意見を取り入れ、家族と担当者会議もしくは電話で話し合った上でプラン作成をしている。担当職員が毎月のサマリーや定期的モニタリング、アセスメントを担っており、チームでプラン作成をされている。	
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	PCのケアカルテというソフトを利用し、日々のケア実践や生活の様子を入力・記録している。気づきや細かな支援内容も入力するように努め、プラン作成時、その情報を役立てている。		
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、その時々にも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	様々なニーズに施設の介護職員だけで支援するのではなく、多職種連携による幅広く柔軟な支援が出来るように環境を整えている。		

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 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	地域資源を把握し、以前はボランティアの方に協力して頂いていた。現在はコロナの影響であまり出来ていないが、可能な限り資源活用に努めていきたい。		
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	月2回の往診をしていただき、日頃の体調管理を行っている。本人様を始め家族とかかりつけ医の連携は密に行っており関係は良好である。又、投薬管理はかかりつけ薬剤師が行い、常に薬剤情報の提供が行われている。	入居時に施設の訪問医かもともとかかりつけ医を継続するかを選択できるようになっている。訪問医とは直接コミュニケーションが取れる他、ウェブ上の共有システムでもやりとりができ、日々連携をとっている。	
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	週一回、訪問看護が入り健康管理を行っている。急な状態変化時その状態に合わせ訪問看護に入ってもらったり、医師へ相談・報告をし連携をしている。		
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。	入退院時にはサマリーの提供で情報交換をしている。入院中も状況把握できるよう相談員との連携をこまめに行うよう努めている。		
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	終末期における支援について、契約時に本人様や家族から思いを聞いている。又、その時が実際訪れた時にも再度意向を確認し、チーム全体で支援に取り組んでいる。	入居時に重度化指針を説明し、希望があれば看取りまでの対応を行なっている。終末期は連携先の訪問医や訪問看護と他職種で対応している。年に一度は看取りの勉強会も行い、職員も不安なく対応できるよう努めている。	
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	職員の経験不足や判断能力の差がある為、施設内で研修を開催したり、マニュアルを作成したりして、然る事態に備えている。		
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	年2回、施設での避難訓練(昼夜を想定し)を行っている。町内の防災訓練にも、年1回は参加している。	火災、地震、水害の訓練を年に3回行い、定期的に消防署の立ち会いも依頼している。新型コロナウイルスの感染状況も見ながら、今年度の町内の防災訓練に職員が参加を予定している。	町内の行事が徐々に再開されるなど、地域との関わりが戻ってき始めている。改めて地域との連携を図り、避難訓練を見学や参加していただくなど、地域との協力につながる第一歩に期待したい。

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
<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	一人ひとりの人格を尊重し、声のかけ方、言葉遣い、態度に気をつけ、尊厳が守られるよう配慮している。施設内勉強会で適切な言葉かけを学び実践している。	虐待防止検討委員会でスピーチロック等のことは常に話し合い、職員会議で周知し、またプライバシーの勉強会も年一回開催している。	
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	本人が自己決定できるようオープン・クエスチョンやクローズド・クエスチョンを使い分け、希望に沿った生活が出来るよう本人様に選択して頂いている。		
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	一日の生活の流れは概ね決まっているが、出来る限りその人に合ったペースに合わせるよう努めている。個別化を意識し個々の希望を尊重出来るよう支援している。		
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	普段の服装について、ご自分で決められる方には自分の意思で決定し、更衣をして頂いている。又、出来ない方へは職員が質問や声掛けを工夫したり、いくつかの服を準備してその中から選んで頂くようにしている。		
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	皆さんと一緒に料理をしたり、花見やクリスマスといった季節のイベントを企画・開催したりして食事を楽しんで頂いている。又、本人様の想いや身体の状態を見ながら、負担にならない程度で家事の手伝いをして頂いている。	夕食は調理から片付けまで利用者と共に作っている。行事があるときは昼も作ったりする。おはぎやクリスマスケーキを作るなど、季節を感じられるような工夫もされている。また、利用者一人ひとりの誕生日は必ずケーキでお祝いをしている。	
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・体重のチェックを行い、日々の健康管理をしている。又、お客様の嚥下や咀嚼能力を確認しながら、刻み食やペーストといった本人様にあった食事形態でお食事を提供している。		
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	口腔ケアは毎食後実施し、義歯については、夜間預かり消毒を行っている。又、年一回 歯科医の訪問で歯科検診を行っている。		



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	トイレでの排泄が出来るよう、その人の排泄リズムを確認してトイレ誘導を行っている。又、その人に合った排泄用品を使用出来るよう適時チームでカンファレンスを行い正しく使用出来るよう支援をしている。	チェック表を使用し各利用者のパターンを把握し一人ひとりに合わせたトイレ誘導を行なっている。トイレでの排泄の可能性があるのであれば便座に座ってもらうなど、自立に向けた対応をしている。	
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	水分強化に努めたり運動を促したりして自然排便が出来るよう取り組んでいる。それでも便秘になる方は、状況把握し医師に相談して下剤調整を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	気分が乗らず、入浴をしたくないお客様には翌日へ変更したり、希望があればその時の体調を確認して入浴できるよう努めている。又、個々の身体状況に合わせて清拭・足浴を行っている。	浴槽がふたつある浴室で、時には2人でおしゃべりしながら入浴していただくなど柔軟な対応をしている。また、入浴剤を使用したり音楽をかけたり、お風呂が苦手な方も楽しめるような工夫を行なっている。	
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	体調や生活習慣を尊重し、その人に応じた休息・静養をして頂いている。又、昼夜逆転といった生活リズムが崩れないように休息時間の調整も行っている。		
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	内容の確認把握が出来るよう処方薬一覧を個人ごとにファイルしてある。処方の変更は往診の際、医師から説明を受け変更理由や作用・用法目的を職員間で周知している。また、薬剤師にすぐ確認が取れるようになっており、相談・指導を受けられるようになっている。		
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	本人様の想いや身体能力に合った活動が出来るようアセスメントを行い、支援に結び付け喜びある日々を送って頂けるように努めている。		
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	コロナ感染予防から外出の機会は少ないが、施設ルールの範囲の中で、周囲の散歩や外出を行い、交流の場を増やしている。	散歩は日課となっており、近くの神社まで行ったりしている。初詣やお花見へドライブに出かけるなど、日常的に外出する機会を作っている。	



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
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	金銭管理が出来るお客様には管理して頂きたいが、現状、職員が管理を行っている。家族からの要望やIADLの状態から自己管理は現段階で難しい。		
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	希望があれば電話を掛け、話しができるように支援している。又、携帯電話を所持しているお客様もおられ、毎日家族様と連絡を取り合っている。		
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	共有空間に生け花やタペストリーを飾り、季節を感じられるようにしている。又、温度・光・音等からも心地良いと感じられるよう生活環境を工夫・改善している。	居室が多い居住空間とリビングのような空間がエリア分けされた作りになっていて、リラックスもできアクティブにも過ごすことができる。両ユニットの間の廊下にはソファが置かれ、交流もでき一息つける空間が作られている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共有スペースにソファを設置し自由に座り、又、そのソファを自由に移動し、利用者同士が気軽に話し合いが出来る空間を作っている。		
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	本人様が居心地よく過ごせるよう馴染みの物を家族に持ってきて頂いている。馴染みのものよりお客様が安心されたり、今までの生活が伺えたりする時がある。	家族の写真や自身で作られた作品などを飾り、それぞれ自由にカスタマイズできるように工夫し、その人らしさを大切にした居室となっている。	
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	動線上に障害となるものは置かず安全の確保に努めている。安全を優先しながら自立した生活が過ごせるようにアセスメントを行い支援に結び付けている。		

## 2 目標達成計画

事業所名 とやまケアセンターそよ風

作成日： 令和 4年 10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	災害時に、地域の協力を得たい。その為に町内会長や民生委員に運営推進会議などを通じて、地域から協力を得られる態勢を作っていきたい。	地域の方々と交流を持ち、災害時に協力して頂ける関係を築く。	町内の消防訓練や地域行事に参加する。町内会長に当施設の災害訓練に一度参加いただけるよう依頼する。	6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、行を挿入して下さい。