

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	1670102225		
法人名	(株)ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	とやまケアセンターそよ風		
所在地	富山県富山市上袋518-1		
自己評価作成日	平成29年9月1日	評価結果市町村受理日	平成29年10月31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	
----------	--

【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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成29年9月28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)】

その人らしく生活できるよう、生活の全てにおける決定は利用者により、職員は専門職として側に寄り添い、潜む力を発揮できるようサポートに努めています。地域社会に溶け込み、したい事を制限される事のない暮らしを応援、職員も生活を共にする者として、喜怒哀楽を共有しています。事業所独自の理念は「皆(利用者様、ご家族、医療、地域、職員)で認め愛・助け愛・分かち愛ながら・幸せの創造をしていこう」を職員全員で作りました。

【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)】

職員全員で決めた理念や具体的なケア目標に沿いながら、利用者の思いや希望を受け止め、自発的な活動を尊重しながらその人らしさを大切にされた個別ケアが行われている。24時間協力医や訪問看護と連携を図り、利用者や家族の意向に沿いながら重度化の対応や看取りケアが実施されている。毎月、家族にホームでの生活の様子を丁寧に記載した「サマリ」を送付し、きめ細かな情報提供をもとに家族との連携に努めている。運営推進会議には、家族全員の出席を依頼し、会議後には家族だけの意見交換の場を設け、意見・要望等の把握に努め、日々利用者の思いに沿える暮らし方の実現に向け職員全員で取り組んでいる。

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 ↓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 (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、生き活きと働いている (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				

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	会社全体の理念とは別に、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に合った理念)を共有スペースに掲げ、実践している。	法人から年度始めに提示される事業所方針に基づき、職員全員の意見集約のもとに、基本理念やユニットごとのケア目標を定めている。理念や目標は事業所内の誰もが目にする場所に掲示し、職員のみならず家族・外部者にも共有を図り、理念に沿った個別ケアの実践に努めている。	
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	町内の活動内容(レクリエーション・清掃・納涼祭・防災訓練)を回覧板等で確認し、町内行事に参加している。又、当センターの大きな行事は、ポスターで案内している。散歩の時など挨拶を交わし、参加への声掛けも行っている。	町内会に加入し、地域行事への参加や近隣保育所の訪問、ベルマークを集め地元小学校に持参するなどの交流が図られている。ホームの納涼祭などの行事には、地域の方々に参加を呼びかけたり、散歩時には地域の方々と挨拶を交わしたり、採れたて野菜をいただくなど地域となじみの関係が築かれている。	
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	食材や日用品など、近隣のスーパーやコンビニへ利用者と一緒買い物に出かけている。蛸川小学校へ定期的に利用者と一緒ベルマークを届けている。		
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	奇数月に会議を開催し、活動報告を行い、ご家族様との茶話会の中でご意見や要望を伺っている。年6回以内、1月には新年会としてお食事を提供しご家族様、利用者様、町内会長や民生委員、包括様含めて職員も入り、親睦を深めている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催し、運営状況や活動内容・生活状況を報告し活発な意見交換が行われている。また、家族意見の迅速な集約や反映に繋ぐため家族全員の出席を依頼したり、ホームの行事と同日開催し実際のホームの活動や様子を観察してもらうなどの工夫がみられる。議事録は職員全員に回覧して共有を図っている。	
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	月1回、富山市相談員の訪問があり、利用者様と会話して頂き、生活の様子を見て頂いている。	現在、直接的に市担当課と連絡を取り合うことはないが、運営推進会議に出席している地域包括支援センターとは、いつでも相談・助言をいただく協力関係が築かれている。	
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	「高齢者虐待・拘束について」の勉強会を、年に1回センター全体で開催し、学んでいる。又、玄関の施錠については、建物の構造上グループホームの玄関は死角となっている為、ご家族様のご了解を頂き施錠している。デイサービスの玄関については解放している。	勉強会でロールプレーを実施し身体拘束の具体的な内容やリスク・心理的影響の理解を深め、日々身体拘束をしない言葉遣いや接遇方法が実践されている。ただ、事業所の構造上や立地状況を考慮し、安全確保のため家族に了解を得て玄関を施錠しているが、ホーム内は自由に移動できる。	生命に危険が及ぶなど身体拘束の必要性がある場合には、短期間身体拘束もこの限りではないことと理解と書面による必要な手続き、適切な改善策の検討等を職員全員で共有し、身体拘束をしないケアを継続する取り組みに期待したい。
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	拘束虐待防止委員会を設置し、全体会議の際に事例報告を発表し、防止に努めている。		

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
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	現利用者様の中に成年後見制度を利用されている方がおられ、制度や規則に沿い利用者毎に記録し対応している。		
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	管理者が主となり、入居の際に時間を設け説明を行っている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	グループホームの玄関に意見箱を設置している。又、面会時にご家族様に日頃の様子をお話しながら、ご意見や要望などお聞きしている。苦情・要望については、書式に記入し職員全員に回覧し解決へと繋げている。日常の様子を書面(サマリー)にて提供している	毎月利用者の暮らしぶりや健康状態をサマリーで家族に報告し、意見や要望の集約に努めている。また、運営推進会議やケアプラン担当者会議、面会時等で意見や要望の聞き取りに努め「苦情、要望(相談)対応記録」に整理し対応策を検討している。	
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	契約更新時にセンター長・管理者が同席し、職員の意見・提案があれば、その場で話し合っている。	全体会議やユニット会議、勉強会等で意見交換を行う機会がある。業績自己評価後の面談でも、職員は意見や提案を言う機会を設けている。また、管理者は積極的に職員とコミュニケーションを図り、随時意見や提案を言える関係作り心掛けている。センター長はセンター長会議で、職員の意見・提案を報告し運営やサービスに反映している。	
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	年1回の面談でセンター長・管理者が同席し、本人の仕事への意欲や意見・思いを聞き、会社全体、現場の内容にあわせ対処できる事はすぐに行っている。		
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	外部研修に関しては、事務所内に掲示し本人の希望により参加してもらうが、職員数の関係上自身の公休を利用してもらっている。資格取得に関しては、費用は個人が会社負担かは選択できる。		
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	会社グループ内での研修会があり、参加できる環境にある。		

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	入居前に実施調査を行い、ご本人の状態把握・思い・要望を伺いプランに反映し、新しい環境に馴染んで頂けるよう支援している。		
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	前項同様、ご家族様にも要望をお伺いし又、施設内も見学して頂き安心して頂けるようご説明している。		
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	考えられる事態を想定し、必要とされるであろう支援に対し対処や方法をお伝えしている。		
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	ご本人の行動に対し、様子を伺いながら思いを聴き、出来る事、出来ない事を見極め、支援している。		
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	外出・外泊は自由に行える状況にあり、面会時にも生活の様子をお伝えしながら、ご本人から発せられた言葉や行動をお伝えし、家庭での様子と照らし合わせ、支援の参考にしている。		
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	美容院やかかりつけ医など、ご家族様対応で行って頂いている。ご家族の都合が悪い場合には、職員対応で行う場合もある。	家族の協力で自宅への外出泊や馴染みの美容院などへ出かけている。家族や友人・知人の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるよう配慮したり、同事業所デイサービスで馴染みの利用者との交流や自宅周辺、思い出の場などへドライブ、携帯電話でいつでも家族と連絡するなど馴染みの関係性が継続できるよう配慮されている。	
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	トラブルになりかねないようであれば介入するが、本人同士の関わりを見守っている。買い物や入浴など、仲の良い方同士で行動して頂いたりしている。		

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 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	契約終了後は基本関係性は無くなるが、次の入所・入院場所へ情報提供を行い、移行がスムーズにいくようにしている。		
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	コミュニケーションを深めていく中から、本人の希望・意向を把握したりしている。又、家族からの情報を得たり、生活歴などから本人本意に検討している。	家族情報や利用者の言動・職員の気づきなどを事業所独自のアセスメントシートや毎月家族に送付している「日常の様子サマリ」に整理し、思いや意向・暮らし方の希望の把握に努めている。また、申し送りやユニット会議で情報共有を図り、その時々思い・希望に対応している。	
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	入居前の事前調査、本人・家族・ケアマネからの情報を得、把握に努めて職員で共有している。		
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	日常生活での観察により、職員間で気づいた事の情報交換を随時行っている。又、ケアカンファレンス会議を有効に活用しその人の現状把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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・アセスメントを行い、現状に即した、介護計画の見直しを行い、本人のニーズに的確なプランを作成できるよう努めている。本人家族の思いもプランに反映できるよう努めている。	個別ケア記録表によるサービス内容や進捗状況・言動・表情の記録や、3ヶ月ごとのモニタリングをもとに計画の見直しを6ヶ月ごとに行っている。また、月1回のケア・カンファレンスや主治医・家族が参加する担当者会議での検討もを行い、適切な計画作成を行っている。心身状態の変化時は随時見直し現状に即した介護計画を作成している。	
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	支援記録は個別に記入し、職員間で情報共有し気づき・工夫を話しあってサービスの見直しをしているが、記録の仕方が画一的で気づき・工夫に関しては、記録に十分に落とし込めていない。		
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	利用者様の状態に合わせた機械浴の使用や、ヘアカット、マッサージの希望を聞く事で柔軟な対応や支援に努めている。		

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
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	近くのスーパーへ職員と出かけ、買い物をされる。本人の活動能力を社会への参加に繋げ、暮らしを楽しめるよう支援している。		
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	入居時、本人家族の希望を聞いたうえで、当事業所連携のかかりつけ医の説明、医師との面談の上、医師との信頼のもと当事業所のかかりつけ医を選ばれている。	利用者や家族が希望するかかりつけ医が選択できる。協力医・訪問看護とは、定期往診や24時間の連絡体制・緊急時の往診・助言を頂く関係を築いている。通院付き添いは基本的に家族に依頼するが、初診受診時の職員同行や情報提供などを必要に応じて行い、適切な医療が受けられるよう支援している。	現在、家族通院付き添い時の情報提供は口頭で行われているが、更なる正確な情報提供と協力医・訪問看護の連携強化のために書面で行う取り組みに期待したい。
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	週一回の訪問看護を受け、利用者の状態を報告、相談し、状態変化等が見られた時は連絡し、適切な指示を仰ぐ。訪問してもらう。主治医に繋いでもらうなど連携が図られている。		
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。	入退院時はサマリーの提供で情報交換している。又、入院時は経過の状況を病院関係者と連絡を取り合っている。入院時以外は病院関係者との関係は薄い。		
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	契約時に重度化した場合の本人家族のおおよその意向は聞いている。又、実際にそのような状況に近づいてきたころに、早い段階で家族との話し合いの場を持ち、意向を確認しながら、チーム全体で支援に取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合の対応・看取り指針」に基づき、ホームのできる事できない事を説明し理解を得るとともに、看取りケア確認書で利用者や家族の意向を確認している。心身状況の変化時には、早い段階から主治医、家族と話し合い、家族の意向に沿ったサービス提供に努めている。また、職員は月1回看取りケア研修を実施し、取組みに備えている。	
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	定期的な研修を行って急変時や事故発生時のマニュアルを職員間で共有しているが、職員によって対応実践力の差がある。		
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	日中及び、夜間の災害を想定して避難訓練を年2回行っている。地域の防災訓練にも参加している。	消防署の協力を得て、年2回火災訓練(日中・夜間想定)を利用者と一緒に行ったり、地域防災訓練に利用者数名と参加している。また、運営推進会議で火災訓練の状況を説明し、ホームの実情を知っていただき地域との連携を模索している。	

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
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	利用者の人格を尊重し人生の大先輩としての意識をもち、言葉・話の内容に気をつけている。	事業所内研修で人格を尊重しプライバシーを確保した言葉掛けや接遇方法の理解を深めている。名前は名字で呼び・排泄の声かけ、誘導は声の音を落とし羞恥心に配慮したり、入浴介助は同性で行うなど、日々の関わりでプライバシーに留意した実践が行われている。	
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	接遇の中で、自己決定できるヒントを出したり、本人の希望される事を知ろうとする努力をしている。なかなか自分の気持ちを表出出来ない人は、表情やサインからそれらを読みとっている。		
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	本人の行動を制限せず可能な事を行っている。外出(買い物・散歩・行き先など)希望を伺い、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	ご自分で決められる方にはご自分の意思にて洋服を選んで頂いている。又、化粧や毛染めもご本人の希望で支援している。		
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	食材の買い出し、下ごしらえ・盛り付け等、一人ひとりの力に応じて、参加・協力して頂いている。又、おやつ等食べたい物をスーパーで選んでもらっている。	法人栄養士が作成した献立をもとに、利用者の希望を取り入れた献立に変更しながら、楽しむ食事に心掛けている。食材の買い物や調理の下準備・盛り付けなど利用者の出来る事を一緒に行っている。季節の手作りおやつや誕生日にケーキ、赤飯、外食でお祝いしたり、摂食状態に合った食事提供など、食事が楽しめるよう工夫している。	
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	利用者一人ひとりのその時の状態を観察し、出来るだけ自力摂取して頂けるよう支援している。食事分量は、常にチェックし記録し、一日に必要な量の確保に努めている。状態により食事形態を見直すなどしている。栄養補助食品の提供を行っている。		
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	年1回の歯科往診を行っている。口腔ケアは毎食後に行っている。出来ない方には職員介助にて対応している。		

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	個々の排泄パターンを理解し、定時のトイレ誘導を行っている。自力で排泄できない利用者に対しては、排泄サインを見逃さずトイレでの排泄を促している。	24時間対応の排泄チェック表を活用して時間ごとやサインを見逃さず、プライバシーに配慮しながら声かけや誘導を行いトイレでの排泄を支援している。また、自分でトイレに通う方の排泄状況の確認にも力を入れている。	
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	水分を多く取ってもらったり、繊維質の摂取、又、主治医・訪看に相談指示を仰ぎ下剤を服用している利用者もいる。		
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	希望があればその日その時間に入浴できるよう配慮している。車椅子の方にはデイサービスの機械浴で入浴も行っている。便失禁などで急きょシャワー浴対応をする場合もある。	毎日入浴準備をして利用者の希望や身体状況に合わせて週2～3回を目安に、職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆっくりと入浴している。また、同事業所デイサービスの大浴場や機械浴での入浴や季節ごとの入浴剤使用など、リラックスしながら安全に楽しく入浴できるよう工夫している。	
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	本人の生活習慣を重んじ、生活リズムを崩さないよう安眠を支援している。		
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	服薬一覧をファイリングしており、その時の状況により内容を確認している。変化時は主治医に相談している。		
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	家事作業、趣味の活動、行事、レクリエーションなど、その人個々に合った支援を行っている。		
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	外出支援は大いに推奨している。本人からの外出希望は少ないが、一緒に買い物に出かけたり、散歩したりと、職員側から働きかけている。又、こちら側からの働きかけにより、逆に利用者の外出希望のニーズが発見できる事もある。	季節や利用者の希望を取り入れた年間外出計画を作成し、季節ごとの花見や弁当を持参してのピクニックなどに、家族にも声かけしながら全員で外出している。また、日常的に散歩や買い物にも自由に出かけ、利用者の楽しみや気分転換になるよう努めている。	

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
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	お金を自分で所持している方はいない。管理・支払いは概ね職員が行っている。状況によっては、職員見守りの中、支払い、お釣りの受け取りをしてもらう事もある。		
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	電話の要望がある場合は、自らしてもらっている。家族からくる電話を受けたり、手紙を渡したり等のやりとりの支援は行っている。		
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	共有空間には、季節に合った生け花を飾ったり、作品を展示して、季節感を演出している。又、利用者の声を聞きながら、温度設定、調光を行い心地良く過ごせるように努めている。	共有空間は明るく、温度調節や換気に配慮し、利用者が思い思いに好みの場所で過ごせるよう畳の間や椅子・ソファが適所に設置されている。また、華美な装飾はせず、季節の生け花を飾るなどシンプルで温かみのある空間になっている。	
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	共有スペースに、座席ソファを多方面に設置し、各々が希望に沿った場所で過ごせるよう工夫している。		
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	昔からの馴染みの物、大切にしてきたもの、家族の写真などを置いたりして気持ちが落ち着けるよう工夫している。	居室にはベッド・整理ダンス・エアコン・レースのカーテンが整備され、自宅から使い慣れた家具・家族写真・好みの装飾品・テレビ・好みの色のカーテンなどが持ち込まれ、使いやすさに配慮されている。また、室内に取り付けられた棚は、利用者が机にしたり花や写真を飾るなど思い思いに利用できるスペースとなっている。	
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	一人ひとりの状態に合わせ、介助で行ったり、見守りで行ったりと適宜行っている。声掛けを行い、自分で出来る事は自分でして頂いている。		

(別紙4(2))

事業所名 とやまケアセンターそよ風

作成日: 平成 29 年 10 月 20 日

目標達成計画

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		拘束について。	拘束マニュアルを職員全員が閲覧できるように配置しておく。	ファイリングし全員が見れるように配置しておく。	1ヶ月
2		家族が受診時に日常の状態がわからない。	受診時のご家族の負担を軽減する。	職員が日常の様子、受診前の身体状況を記入したノートを準備し受診時にご家族にお渡しする。又、可能であれば医師、看護師よりコメント記入を頂く。	1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。