

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	2018年8月31日

※ 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1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成30年9月26日	評価結果市町村受理日	平成30年11月7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）】

事業所職員で決めた理念「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」をもとに、その人らしく生活できるよう、そばに寄り添い生活を共にする者として喜怒哀楽を共有しています。
本人及び家族の希望があればターミナルケアが行えるよう、看取りの指針を作成し、協力医・訪問看護と24時間体制を整え、安心して療養できるよう対応しています。

【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）】

介護事業を全国規模で展開する法人が経営母体である。企業理念の他に事業所職員で決めた理念「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」をもとに、その人らしさを大切にされた個別ケアが行われている。本人及び家族の希望があればターミナルケアが行えるよう、看取りの指針を作成し、協力医・訪問看護と24時間の連携体制を整え、昨年度は3名の看取りケアを経験した。家族には毎月、行事写真を掲載した「そよ風通信」や個々の利用者の生活の様子を丁寧に記録した「サマリー」を送付しており、決め細やかな情報提供は家族からの信頼も厚い。運営推進会議は定期的かつ有意義に開催されている。活動報告や行事案内、入所者の様子等のきめ細やかな伝達を通して、事業所の取り組みや改善課題について地域の理解と支援を得る貴重な機会となっている。利用者一人一人の気持ちに寄り添い、その人らしさを大切にされた個別ケアは、高い意識を持った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 3. 利用者の1/3くらい 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	利用者と職員と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				

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
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(GH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。	年度始めに提示される事業所方針(とやまケアセンタースローガン)に基づき、職員全員の意見集約のもと、基本理念やユニットごとのケア目標を定めている。理念、目標は誰もが目にする場所に掲示し、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・防災訓練等)を回覧板で確認し、参加している。センターで行う行事に対しても参加を呼び掛けるなど能動的にも行なっている。	町内会に加入し、地域の行事に参加している。散歩時の挨拶や、近隣住民からの野菜の差し入れがある。事業所納涼祭では地域の方へ参加を呼びかけ、健康チェックや軽食を楽しんでもらうなど日常的に交流が行われている。	
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	利用者と地域の散歩や買い物などで交流を持つことにより、地域の方々に認知症に対する理解、認識を深めてもらっている。		
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、日常の活動報告を行なっている。又、茶話会の中でご意見や要望を伺い、今後の対応に活かしている。	奇数月に開催される運営推進会議は、開催時間が不定期にも関わらず多くのご家族の参加があり、終了後に行われる茶話会は職員や民生委員、町内会長も参加し、忌憚のない意見交換の場となっている。町内会長からの街灯設置に関する報告などもあり双方向の会議として位置づけられている。会議録は職員全員に回覧し、欠席家族には郵送で報告している。	
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	直接、市の担当者との連絡を取る事はないが、運営推進会議に出席して頂いている地域包括の方から、情報や意見を伺い、更なる良質なサービスを提供できるよう心掛けている。	現在、直接、市の担当者との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職員とは、いつでも相談・援助をいただける協力体制が築かれている。今年度はまだGH協議会の研修会や地域ケア会議の参加実績はない。	
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ヶ月毎に設け、身体拘束の適正なあり方について検討している。(センター長、GH管理者、計画作成担当者、DS機能訓練士参加) 玄関は会社の方針、及びご家族様のご了解を頂き施錠している。	身体拘束をしないケアについて職員全員が共通認識を持つよう年2回の研修や3ヶ月ごとの委員会報告、ミーティングにて(言葉遣い、接遇を具体的に)共有している。施設内は自由に移動できるよう開放されているが、建物の構造上、安全確保のため家族に了解を得て玄関を施錠している。	
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・拘束についての研修を、事業所全体で行なっている。グレーゾーンについては判断が難しいところはあるが、研修や委員会により少しずつ虐待防止に関する意識は向上されている。		

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
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	制度について学ぶ機会が少ないが、現入居者様に後見人を利用されている方がおられる為、後見人制度については理解している。		
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時、改定時には直接説明しご理解頂いている。また、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	毎月ご利用者様のご様子や健康状態をサマリーでご報告している他、面会時にもご様子をお話ししながらご意見をお聞きしている。苦情・要望などは書式に記入し職員全員に回覧し解決へと繋げている。	家族の訪問時や運営推進会議、ケアプラン担当者会議で意見や要望の集約に努めている。出された提言、要望等は「要望相談対応記録」に残し、職員間で検討、結果を家族へフィードバックしている。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、家族とコミュニケーションを図るよう努めている。	
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	全体会議やGH会議、ユニット会議の中で、意見を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や意見はセンター長より事業部に持ち込み改善策を聞ける状態にある。	全体会議やGH会議、ユニット会議、勉強会等で意見交換を行う機会がある。意見提案は解決できることはその場でセンター長が解決しサービス向上に努めている。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。	管理者は業務の中でもっと職員の気付きや率直な意見、提案、要望等を引き出したいと考えている。それらを職員全員で共有することが更なるサービスの向上となることに期待したい。
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	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	個々の職員のレベルに応じ、現場を通じてのOJTトレーニングを行なっている。社内研修は毎月各職員が交互に講師となり行なっているが、社外研修に関しては事務所内に掲示し、自主参加を勧めている。		
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	GH協議会に加盟しているも、案内されている研修や相互訪問などの活動には参加できていない。		

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
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	入居前に自宅や施設等に伺い、ご家族・職員等から状態をお聞きし、ご本人と会話しながら、思いを聞き、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	入居前の事前調査をしっかりと行い、家族の不安や要望をお聞きし、支援に結びつけている。		
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を提供し対応している。		
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	人生の先輩として尊敬の念を持って接し、出来る事出来ない事を把握し、お互い協力関係にある暮らしを共にしている者として関係を築いている。		
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	外泊、外出は自由に行える状況におき、又、受診対応もご家族様に連れて行ってもらったりと、ホーム側と家族が協力し本人を支えている。なるべく家族との時間がもてるように配慮している。		
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	キーパーソン以外のご親族様(子・兄弟)の面会や外出などもキーパーソンのご了解のもと自由に行なっている。又、かかりつけ医への受診もご家族様で対応もしくは、職員で対応している。	遠方の家族と共に墓参りや温泉等の外出泊のほか、キーパーソン以外の親族との面会や外出などが自由に行われている。デイサービス利用者との交流、自宅周辺や思い出の場所へのドライブなど、なじみの関係性がとれないよう支援されている。	
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	利用者同士の関係性の状態により、食席の配置などの共有スペースの環境を随時調整したり、職員が間に入り、話題提供したりし、特定の利用者同士だけでなく、皆が関わりあえるように努めている。		

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	契約終了後は関係性の継続はほとんど無いが、次の入所・入院場所への情報提供を行ない、移行がスムーズに行うようにしている。相談があれば可能な限りフォローに努める。		
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表情、発語、家族からの情報(生活歴等)を基に必要なサービスを提供している。	入所前に家族から事業所独自のアセスメントシートにより、本人の思いや意向、好む生活等を把握している。また、日々の生活の中で気付いたことを申し送りやユニット会議、介護記録で情報共有し、利用者本位の生活を提供している。	
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・記録、職員間で気づいた事の情報交換を随時行なっている。カンファレンス会議を有効に活用し、その方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・アセスメントを行ない、現状に即した介護計画の見直しを行なっている。サービス担当者会議にて、本人・家族・関係職員・医師や看護師からの助言も含めて、意見交換を行なっている。	計画的、定期的にモニタリング、アセスメントが行われている。毎月のケアカンファレンスや6ヶ月毎のサービス担当者会議で介護計画の見直しが行われている。心身状況の変化時には各専門職から助言を得て見直しを行い、対応について家族に説明し同意を得ている。	
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	支援記録は個別で記入し、職員間で情報共有しているが、記録の内容が少なくプランに対しての実践状況もあまり記録されていない。記録の取り組みが課題である。		
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	限られた職員の中で多機能化は難しい面もあるが、フォーマルなサービスだけでなく家族の協力も得て、インフォーマルなサービスを利用し支援している。		

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
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	地域のスーパーへ職員と一緒に買い物へ行ったり、ドライブで季節を感じて頂くなど、豊かな暮らしが送れ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	入居手続きの際、当事業所のかかりつけ医利用の利点・欠点を説明した上で、どちらかを選択してもらっている。事業所とかかりつけ医は連携が取れており、適切な医療を受けられる体制にある。	入居時に、十分な説明を行い、かかりつけ医を選択してもらっている。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、助言をいただく関係が築かれており、いつでも適切な医療を受けられる体制がある。また、投薬管理はかかりつけ薬剤師が行い、事業所と連携が図られている。	
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	週一回の訪問看護を受け、利用者の状態報告・相談をしており、24時間体制で連絡が取りあえる為、状態変化の際には連絡を取り適切な指示を仰ぐことが出来る。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。	入退院時にはサマリーの提供で情報交換している。又、入院中は経過の状況を病院関係者と連絡を取り合っている。		
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、事業所です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頃に、早い段階で家族との話し合いの場をもち、意向を確認し、チーム全体で支援に取り組んでいる。	重度化や終末期対応については、指針に基づき入居時の早い段階から本人・家族に事業所の取り組みを説明し事前意思確認をしている。心身状況の変化時には話し合い、家族の意向に沿ったサービス提供を行っている。職員の心的ケアについては、都度看護師が不安を取り除く対応を行っている。	
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	定期的な研修により、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に差がある。		
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	消防署の協力を得て、日中・夜間を想定した避難訓練を年2回行っている。地域の防災訓練にも利用者と共に参加し、地域の方との交流を通じ協力をお願いしている。運営推進会議でも火災訓練の状況を説明し、ご家族にも協力をお願いしている。	消防署の協力を得て、年2回(日中・夜間想定)利用者と共に避難訓練を実施している。10月には地域の防災訓練に参加を予定している。運営推進会議で町内会長を通じ、訓練日程や訓練状況を発信し、連携協力をお願いしている。	

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
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、言葉がけに気を付けている。社内研修でもプライバシー保護についても学び介助の面でもトイレや入浴の際には配慮して対応を行っている。	利用者の皆様は人生の先輩であることを常に意識し、尊厳やプライバシーに配慮した言葉がけや接遇方法を心がけている。個人情報漏洩やプライバシー保護に関する社内研修を7月に実施。フロア理念(目配り、気配り、思いやり)を職員間で再確認し、振り返り、繰り返すことで理解や実践につなげている。	
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	自己決定できるヒントを出したりしながら、本人の思いを導きだすよう努力し、自分の気持ちを表せない方に対しては、表情やしぐさ等から気持ちをくみ取るよう努力している。		
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	一人ひとりの希望を尊重して過ごして頂いている。外出希望など直ぐに対応できない場合もあるが、説明し時間をずらすなどで対応している。		
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で行なって頂いている。出来ない方へは職員が支援し、外出の予定があれば、その人らしい装いを支援している。		
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協力・参加して頂いている。買い物時におやつ等食べたい物をスーパーで選んでもらっている。又、季節に応じた食材やおやつと一緒に手作りし、食を楽しんで頂いている。	基本の献立は、法人の管理栄養士が作成している。事業所は地域性や利用者の希望を取り入れた「楽しむ食事」を心がけている。食材の買い物や調理の下準備・盛り付けなど利用者のできることを一緒に行っている。毎月の美食会や誕生会ではチラシ寿司やてんぷら、茶碗蒸しなど季節毎に提供し、食を楽しむ工夫を行っている。	
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。食事水分量は常にチェック記録し、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なっている。		
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	年に1回の歯科検診を行なっている。口腔ケアは毎食後行なっている。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	24時間排泄チェック表を用いて、その方の排泄パターンを分析しトイレ誘導を行ない、トイレでの自然排泄が出来るよう支援している。	個々の排泄パターンを24時間排泄チェック表で把握、分析し状態に応じた排泄を支援している。利用者の行動をじっくり細かく観察し、声がけや誘導でさりげなく、無理強いしない対応を心がけている。	
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	水分を多く摂ってもらったり、体操・散歩等の運動にも取り組んでいる。その上で、主治医・訪問看護師との連携において相談・指示を仰ぎ、個々の状態に応じ、下剤の服用による調整も行なっている。		
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	毎日のお風呂を提供しているが、業務の都合により大まかな入浴時間は決まっている。未入浴日数の多い方に優先して声掛けを行なっている。希望や状態に合わせて入浴・清拭・特浴・足浴などを行なっている。	週2回を基本としながらも、いつでも入浴できる体制がある。特に未入浴の多い方には希望や状況に合わせて柔軟に支援している。浴室には家庭浴槽が2箇所あるが、同事業所のデイサービスにある機械浴槽を利用するなど、個々の状態に合わせた入浴方法で安心・安全に入浴できるよう対応されている。	
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	個々の生活習慣を尊重し、応じた静養・休息をして頂いている。又、体力・体調に考慮し昼寝等の休息を促し対応している。		
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	2週間毎の処方の際に薬剤師から説明を受け又、職員側からの利用者の服薬状況も話し、服薬内容の確認を行なっている。処方箋をファイルし常時確認できるよう配置している。処方の変更も往診の際、Drから説明を受け、医療連携記録に変更理由や作用・用法・目的を記入し職員間で周知している。		
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	自宅で行っていた事を、こちらがきっかけを作り、話された希望に応えるよう努めている。本人の能力に応じた役割を分担し、それが、やりがいに繋がるよう支援している。		
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	一人ひとりのその日の外出希望には、職員人数や業務的に難しいが、散歩・ドライブ・買い物等の外出の機会を多くもつように取り組んでいる。TVや新聞の情報から、季節の花の鑑賞に出掛けるよう支援している。	天気が良い日は、季節の移り変わりを感じる事ができるよう、ドライブや近隣を散歩するなどし、気分転換を図っている。年間予定表にとらわれず、利用者の様子やその日の職員配置などをみて気軽に外出している。誕生日を外食で祝う計画等は利用者の楽しみのひとつとなっている。	

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	利用者様本人がお金を所持する事に制限はしていないが、現時点ではおられない。預り金として、職員側で管理させて頂いており、本人の私物を一緒に買いに行く事はあるが、支払いは概ね職員が行なっている。		
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	前もってご家族様の意向を確認した上で、本人の希望があれば、電話をしてもらっている。ご家族様の希望により、携帯電話を所持し自由に連絡をとって頂いている方もおられる。手紙のやり取りも支援している。		
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あった生け花(月2回の生け花教室)を飾っている。利用者様の声を聴きながら、温度、光、TV音を調整し、心地よいと感じられるよう努めている。	リビングは室温、湿度が適切に管理されている。小上がりの畳の間が設けられており、季節に合った生け花が飾られている。ソファや椅子が適所に配置されているため、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。シンプルで居心地のよい空間となっている。	
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	共有フロアにソファを置き、自由に座り、思い思いに過ごせたり、自由にフロア内を移動し、それぞれ利用者同士が話し合ったりできるような空間を作っている。		
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	居室はご自宅で使用していたものを自由に持ち込んで頂いている。棚を設置しており、思い出の写真や、レクリエーションで作った作品を飾って頂いている。	居室には、ベッド、整理筆筒、エアコン、レースカーテンが整備され、利用者は使い慣れた家具や楽器などを持ち込んでいる。家族写真やご位牌、作品などは取り付けられた棚に飾ることもでき、自分らしく過ごすことができる場所となっている。	
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	フロアの動線上には障害物を置かないようにし、トイレ・浴室には場所を、居室の入口には名前を明記し分かりやすいようにしている。		

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：平成 30 年 11 月 3 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	11	会議の中で職員の意見交換を行う機会があるが、積極的に発言する職員と、そうでない職員がいる事に対し、全員がもっと発言できる環境を作りたい。	一人ひとりが管理者や他の職員にも自分の思いをしっかりと伝える事ができるような雰囲気をつくり、管理者がどんな意見に対しても受け止め、全員で話し合い解決へと導く。	外部研修を受講する事により、介護の仕事に向上心が持て、疑問や意見を発言できるようになると思われるため、本人が受講したいと思うものは積極的に受講してもらう。個々に必要と思われる研修内容については、管理者の方から該当職員に受講してもらう。	12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。