

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	2391300114		
法人名	株式会社 ユニマツそよ風		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ひょうたん山そよ風 2F		
所在地	愛知県名古屋守山区守山二丁目12番2号		
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果市町村受理日	平成26年4月10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	NPO法人 なごみ(和)の会		
所在地	愛知県名古屋千種区小松町五丁目2番5		
訪問調査日	平成26年2月4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)】

常に利用者との向き合い、思いや暮らし方の意向を把握できるように努めている。そして、そのニーズに合ったサービスを提供できるように月1回の会議の場を設け、全ての職員で意志統一をし、サービスを提供している。
--

【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)】

1階に小規模多機能ホームを併設し、2、3階に位置する2ユニットのグループホームである。各ユニットごとに理念を持ち、利用者や職員の個性、能力がそれぞれ活かされるよう実践されている。計画作成に際して、各々過程は異なるが、どちらも工夫あるモニタリング方法で、職員間での十分な討議がなされており、来所時に介護計画の説明を直接受ける家族からの評価は高い。利用者の思いや意向に、外出や外食、おやつ時を利用したり、併設の小規模多機能との連携を活用して支援している。甘いもの好きな人にはケーキを食べに行く、外出好きな人には動物園へと、個別対応にも取り組んでいる。検食制度を取り入れ、調理者も利用者と同じものを食し、料理の状態の確認、利用者の反応、希望の聴き取りをしている。また月一回、メニューから選び注文頂き、普段と雰囲気の違い喫茶店風のおやつを提供を「そよ風カフェ」と称し、取り組んでいる。このように日々の楽しみや喜びを、食の面からもアプローチしている。運営推進会議を利用して地域との関係強化に取り組んでおり、今後の地域での活動展開が期待される事業所である。
--

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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	ひょうたん山独自の理念・・・①利用者がまた来たいと思える施設作り②経営を考える③地域の方が来て下さる施設作りの3つとそよ風の理念を掲げ取り組めるよう努めている。	利用者にまた来たいと思っていただくにはどうしたら良いかをミーティング時に話し合っている。職員同士、意思疎通を図り、経営に関しては実際の数字を用いて意識を高めている。また、各ユニットごとに独自の理念を持ち、残存能力を活かした取り組み、呼び方や声のかけ方に注意した支援を行っている。	
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	あいさつは実践しているので今後も継続していく。自治会長や民生委員とも関係ができてきた。また地域の祭り(守山自衛隊祭りや近隣の神社の祭り等)への参加している。	町内会に加入し回覧板で情報収集している。地域の提灯祭りや防災訓練へ利用者で見学又は参加をしている。地域の人は、朗読ボランティアで協力いただいたり、散歩時に挨拶を交わし、交流関係構築に努めている。現在、子供110番登録の申請中である。	
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	平成24年8月に認知症サポーター養成講座を実施したが今年度は実施していない。今後、開催できる様に検討していく。		
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践、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	自治会長や民生委員やいきいき支援の方の意見を参考にサービスに取り組んでいる。例えば、地域の情報等を仕入れる等。	今年度は、町内会長、民生委員、いきいき支援センターの参加で年6回開催に努めたが、集いが叶わず開催しない回があった。開催日時を、ホーム行事後に設定する等、家族参加への工夫があり、家族の負担を配慮している。会議では、活動報告と情報交換がされ、災害時にホームが貢献出来ることも話している。	運営推進会議を、より地域との交流促進の場とすると共に、家族参加を促し、ホームの取り組みを把握いただき、馴染みの関係作りに活用されることを期待します。
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	名古屋市指導課に不明点等をお聞きし協力関係を築くように取り組んでいる。	介護指導課等と電話で連携している。運営推進会議の開催について、相談したこともある。いきいき支援センターへ運営推進会議の開催案内を毎回出し、参加促進を図っている。市のキャリアアップ研修などに受講希望職員を参加させている。その際、シフトを調整する等、勤務体制に配慮している。	
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	MTで話し合う機会を設け、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。身体の危険が伴うやむ負えない場合のみ、ご家族へ説明し、同意書を得ている。(現在、対象者なし)	研修を年一回行っている。やむを得ない場合は、見直しの期間を設定し、ミーティングで話し合っている。4点柵をしない取り組みについて話し合う等、事例検討をしている。建物出入り口の自動ドアの電源は入っておらず、エレベーターも特殊な操作が必要であるが、一緒に出る等して外出の希望に応じている。	身体拘束の弊害を認識し、職員全員の問題意識の共有に努められることを期待します。
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	平成25年9月26日に身体拘束と高齢者虐待の勉強会を実施した。参加できなかった職員には資料を配布した。		

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	必要な入居者が活用できるような支援・協力をしている。(現在利用者無し)		
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	契約時はご本人、ご家族へ契約書、重要事項説明書を元に説明し同意を得ている。		
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	ケアプラン更新の面談時にコミュニケーションをはかり運営に反映するよう努力している。	新職員や入居者を紹介したり、行事へのお誘いをお便りに掲載し発行している。それに対しての家族の意思を、参加票を用いて確認したり、年4回、家族会を開催する等、交流機会を増やし、家族が意向や要望を出しやすい関係作りに努めている。苦情対応用紙を使用し、聴き取った内容は職員間で話し合い、家族へ説明し対応している。	今後も家族の来所機会を増やす取り組みを継続し、更に深い信頼関係が構築されることを期待します。
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	月1回のMTにおいて意見や提案を聞く機会を設けている。	施設全体のミーティングが月一回。その他、各ユニットごとに回数は異なるが、月1～2回ミーティングを行っている。事前に議事案を出す仕組みがある。記録用紙の様式変更の提案が職員から上がり、反映させたことにより、計画の目標が共有し易くなった等、より良い運営に、職員の意見や提案を反映させている。	ユニットごとに異なるカラーでのサービス提供が特色ではありますが、更なるサービスの質の向上のために、ユニット間でのより密な情報交換と共有を期待します。
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	公休・有給の消化が出来るように努力している。契約職員は年に1～2回契約更改時に面談を設け環境に関して不具合がないか職場環境・条件の整備に努めている。		
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	新卒にはトレーナー研修を3ヶ月設けトレーナーと共に成長できる様な仕組みを作っている。また、毎月、東海第一エリアやひょうたん山での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	管理者の個人的な付き合いはあるもののまだ、職場としての交流する機会は設けていない。ただ社内での交流の機会は設けている。		

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	まず施設内見学と他利用者の状態を知っていただき雰囲気分かっていた。その上で面談を実施し疑問点や不安点を聞き何か意見等あれば応える様に努力しているが本人の希望を聞く事ができていない。		
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	ご家族に施設内見学と他利用者の状態を知っていただき雰囲気を分かっていた。その上で面談を実施し疑問点や不安点を聞き何か意見等あれば応える様に努力している。		
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	新規に入居希望があった時に満床の場合は併設の小規模多機能型居宅介護を紹介したり他施設の紹介をしたり困らないような支援に努めている。		
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	介護されるだけでなく入居者同士で助け合いの場面(一緒に家事を行ったりアドバイスを求めたり等)がみられることがある。		
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	ケアプランの面談時や利用者への面会時に入居者の状態を伝え関係が薄れないように努力しているができていない人もいる。		
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	本人が行った事のある場所への外出を心掛けたりもしているが、アセスメントがまだ不十分であり馴染みの関係や場所との関わりを再構築するまでに至っていない。	家族から得た、馴染みの情報をヒントにして、喜んでいただける事は何かを試みている。例えば、牛丼を食べに行ってみたら大変喜ばれた等。昔馴染みの人の来訪時や、手紙、年賀状の支援をして、関係継続に努めている。訪問理容の利用で新たな馴染みを築いており、個別の美容院等は家族に協力いただいている。	
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	入居者同士の相性もあるが関わり合いがもてるように、施設内での過ごすスペースについても配慮している。		

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	今まで亡くなって退所されるケースがほとんどなので、サービス利用終了後、ご家族へのフォローはできていない。		
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	日常の会話の中で希望、意向の把握に努め、本人の立場にたち、どうしたいと思っているのか把握に努めている。起床時間は人に合わせているが食事の時間は一人一人の思いを聞けていない。	ミーティング時に一人一人について、原因の究明から、長時間掘り下げて話し合っている。時代劇好きな人にレンタルビデオで上映会をしたり、個別では誕生日時に対応し、希望を叶えている。聞き取り困難な方には、今どうしたいかに配慮している。プラモデル趣味の方に、パズルを勧めてみた所、熱心に取り組まれた例がある。新たな発見は家族へ報告している。	
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	入居前の面談と家族が来訪した際の会話などから把握できるよう努めている。また、日常の会からも把握に努めている。		
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	1日全員の水分や排泄が分かる様なチェック表を作成し状態把握できる様に努めている。また、月に1回のミーティングや担当入居者のアセスメントにおいて現状の把握に努めている。		
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	各入居者の担当と計画作成担当者が入居者本位に考え、3ヶ月ごとにケアプランを作成している。また、ご家族の来所時にコミュニケーションを取り情報収集をする等の努力をしているが本人から想いを聞き取ることが困難である。	毎月モニタリング実施記録を用いて綿密なモニタリングを行い、3か月ごとに計画の見直しを行っている。方法はユニットごとに特色があり、担当者や計画作成者が行ったり、見直し直近のミーティングの議題に上げて討議したりしている。その際、ホーム独自の援助計画表も更新。家族へは来所頂き確認をとっている。	
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	個人記録の他に気になる点は申し送りノートや訪看ノートに状態を記載し情報を共有できるように努めている。しかし情報共有ができていないこともあり情報が活かされていない事もある。		
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い、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	2ユニットのGHと小規模多機能型居宅介護が併設されているので入居者が不穏状態で環境を変えた方が良い場合は協力して行き来する等柔軟な対応をしている。		

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
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	単発の地域のボランティアは来ていただいているも定期的なボラを含む地域資源の活用はまだできていない。		
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、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	毎週月曜日に伊藤クリニックの往診、毎週火曜日の大野歯科の往診がある。緊急時には適時連絡のつく状態になっており、何かあれば看護師がきて対応して下さる。	内科の往診が週一回、歯科の往診も週一回あり、毎週専門家による口腔ケアを受ける事が出来る。訪問看護による日常的な健康管理があり、訪問看護師宛での申し送りノートで情報交換を行っている。申し送りノートの閲覧者は押印する仕組みがあり、職員間で共有を図っている。	
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	毎週定期的に伊藤クリニックの看護師が立ち寄り入居者の状態を把握している。それ以外にも訪看ノートで情報のやり取りをしたり、緊急時には対応してくれたりする。		
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。	入退院時に病院関係者との情報交換や相談に努めているものの、関係作りはまだ不十分である。		
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	重度化した場合の指針はあるものの実際に看取りはしていない。本人や家族や職員が同じ方向に向かった場合は取り組んでいきたいと考えている。	入居時に常時の医療行為には対応できないことを説明している。出来る限り希望に沿えるよう、意向の確認、信頼関係の構築に努め、ニーズに備えて手がけ始めている。終末期には医師、訪問看護、職員と綿密にカンファレンスを行い、その方にとっての最善策がとれるよう尽力している。	
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	年に1回は緊急時対応の勉強会を実施している。また、個別に必要であれば随時勉強会を実施している。		
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	施設内の防災訓練は年に2回実施できているが、地域との協力体制まではまだ構築できていない。消防署とは通報訓練等で連携は取れているが地域との関わりが今後の課題である。	火災、昼夜両想定避難訓練を実際に一階フロアまで下りて実施している。利用者と消火訓練も行っている。運営推進会議で地域に、避難場所としてホームを提供する事、備蓄の準備がある事を伝えている。備蓄は、3日分の水と食糧の他、カセットコンロ、オムツ等がある。特に水の備蓄を重要視して備えている。	災害時における、地域との協力体制を確立するための取り組みに期待します。

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	プライバシーを損ねない様に個人に合わせて声掛けを意識したり本人が選択できるような声掛けをしている。しかし時々、言葉がゆるんでしまう事がある。	職員は、年一回接遇の研修を受けている。名前の呼び方は、名字にさん付けが基本であり、本人の認識しやすい希望の名で呼ぶ時もある。慣れ合った言葉かけや話の内容に注意し、目に余る場合はその場で個別に指導している。管理者は、利用者への支援が、職員本位とならぬよう問題意識を持ちながら支援を行っている。	入居者への言葉かけや接遇について、職員がセルフチェック等により振り返る機会を設け、言葉の乱れにより接遇の乱れに繋がる事を認識し、職員間で話し合われる事を期待します。
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	お茶の時間に何を飲みたいか聞いたりお菓子を選んでもらう様にしたりする等自己決定ができる様な声かけを心掛けている。しかし自己決定できているかは十分ではない。		
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	起床時間を個々に合わせて朝食の時間をずらす等の配慮をしているが職員側の都合を優先することもある。		
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	当日着る服を見せて選んで頂いたり髪をとかししたり鏡を見てもらったりしている。しかし、全介助の方はこちらで決めた服(気候や色や上下のバランス等は気をつけている)になっていることが多い。		
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	普段の食事だけでなくイベント食を実施したり旬の食べ物を献立に取り入れたりする等している。個々の好みに合った食事を提供できるように努めている。食器拭き、机を拭いていただくなどをおこなって頂いている。	各ユニットで調理の仕組みは異なるが、法人で作成された献立を基に、利用者好みにアレンジしている。食材は買い物で調達。利用者とは出かける時もある。行事食は、施設合同のメニューを厨房へ要請して提供し、そよ風カフェの実施で、楽しんでいただく工夫をしている。おやつや、外食先、出前等は希望を汲んで実施、うなぎや矢場とんへ行き、ピザや寿司の出前をとることもある。	
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	毎日の水分・食事摂取量を記録して、過不足がないように心がけている。本人の好きな飲み物を提供したり食事量も個々に合わせた量で提供し調整し提供している。		
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	食事をおいしく摂取できるように毎食後に口腔ケアに努めている。週1回の歯科往診にて個別の指導を受けて対応している。ただ、自立に近い方は口腔状態をきちんと把握できていない。		

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	
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	排泄チェック表にて24時間の個別排泄パターンの把握に努めている。2時間に1回は声掛け誘導を行う等トイレで排泄できる様に自立した排泄につなげている。	トイレ設置数、移動距離等の排泄環境が整備されている。一人一人の排泄確認を行い、パターンを把握し支援している。入居前はトイレ動作が困難であった利用者が、声かけにより改善された方がいる。夜は3時間おきを基本に、1時間間隔で排泄介助をする方も居り、個々に支援している。		
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	乳製品や食物繊維豊富な食材を使用している。薬にてコントロールしている方もいるが、排便時には腹部マッサージをしスムーズに排泄できる様に援助している。			
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ず、個々にそった支援をしている	毎日入浴したい方は入浴して頂いている。現状、曜日や時間については職員が決めているが、入浴を希望する利用者とタイミングが合えば入浴して頂いている。	男女交互で一日おきの入浴を実施。毎日の入浴も可能である。行事時の入浴剤使用や、その方に合った声かけで楽しんで頂く工夫をしている。二人体制での入浴介助。温度差のないよう入浴環境を整備。マニュアル掲示や足マット上の個人用タオルで感染症へ配慮している。入浴後は、薄めのボカリスエットを提供している。		
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	就寝時間は本人の習慣、状況に応じて支援するように努めている。日中でも本人の状態をみて、居室で休んで頂けるように支援している。ベッドが苦手な方は布団で対応している。			
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	処方箋は個人ファイルに閉じ、いつでも確認出来るようになっている。主治医、NSと連携して体調の変化に合わせた服薬の支援をしている。飲み忘れや服薬ミスを防ぐ為にチェック表へのサインも実施している。			
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	それぞれ得意な家事作業等(散歩やパズル含む)をしていただいている。他にもお酒を飲まれる方には毎日出すなど嗜好品についても支援ができています。			
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	喫茶店にコーヒーを飲みに行ったり誕生日の時に食べたい物を聞いて食べに行ったりする等の支援をしている。近所のお祭りにも少人数ではあるが参加している。普段行けない工場見学にも今年行った。	一日一回の外出に努めている。散歩、買い物の他、レンタルビデオ店へ行く時もある。移動困難な利用者が多数いるユニットでは、ホーム内で外出に代替できる方法を工夫し、又、残存能力保持に努めている。行事として、外食や喫茶店、ペットショップ、花見へ。施設全体で地域の提灯祭り、岡崎の味噌工場、バラ園、ビール工場、紅葉等へ出かけている。		

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	金銭をご自分で持って頂くことはない。金銭管理をさせて頂き、必要であればその都度使用して頂いている。可能であれば買い物時に金銭を渡して支払いをしていただく支援もしている。			
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	電話したい申し入れがある場合には、個人のプライバシーに配慮しながら電話をする様に支援している。年賀状や暑中見舞いは家族へ送る様に一緒に送っている。			
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	共用の空間では気温、湿度にも配慮して過ごしやすいように努めている。季節ごとの飾りをレクリエーションで入居者と一緒に作り飾っている。	共用部には、利用者の作品や日めくりカレンダーが掛けられている。トイレが、居室と居室を挟み隣接しているため、居室から近く的位置にある。歩行を促す目的であえて遠くのトイレを使用する時もある。清掃は、トイレと共用部を夜間に毎日実施。		
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	利用者の方は基本的にフロアにて過ごされているが、状況に応じて居室で一人ですぐされたり、1、3Fへ行き環境を変えるなどして工夫している。フロアにソファを置き気の合う利用者同士が隣に座り過ごせる様にしている。			
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	アルバムや趣味の道具や鏡台等、馴染みのものをもってこられており、本人や家族と相談しながら居心地よく過ごしてもらえる様に支援している。	居室入口の表札は、一般家屋の表札と同様の木材の本表札仕様のため、その方の「家」を感じさせる。チェスト、カーテンが備え付けてあり、ベッドはレンタルが可能。洗面所の設置があり、居室で整容が行える。布団干し、シーツ交換は週に一度、衣替えは家族に依頼している。		
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	手すりを効果的に配置し一人ひとりの身体機能の状態に合わせた危険の防止策を実施している。また、時間がかかっても自分の力を活かして動ける様な環境作りも工夫している。			

(別紙4(2))

事業所名 ひよたん山そよ風

目標達成計画

作成日: 平成 26年 3月 19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	ケアプラン更新の面接時にコミュニケーションをはかる様にしているが、家族とのコミュニケーション不足の為に信頼関係が十分とは言えない。家族が言い易い関係作りが必要である。	家族と信頼関係を築き家族が言い易い雰囲気を作る。	①面会時に日頃の様子を伝える等のコミュニケーションをはかる。 ②家族の来所機会を増やす取り組みをする。	12ヶ月
2	36	プライバシーを損ねない様に個人に合わせた声かけを行っているが時々声掛けが丁寧でない時がある。	人生の先輩であるという気持ちを持ち利用者様のプライドを損ねない様な声掛けをする。	①月に1回のフロア会議で声掛けについて職員同士で確認し合う。 ②業務中に適切な声かけが出来ていないと感じられたら職員同士で声を掛け合い正していく。	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、行を挿入して下さい。