

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1495100180
法人名	株式会社 ユニマツトそよ風
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風
訪問調査日	平成26年2月25日
評価確定日	平成26年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 25 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	1495100180	事業の開始年月日	平成24年9月1日	
		指定年月日	平成24年9月1日	
法人名	株式会社 ユニマツトそよ風			
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風			
所在地	(212-0055)			
	川崎市幸区南加瀬五丁目18番12号			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成26年2月13日	評価結果 市町村受理日	平成26年5月7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で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

デイサービスと有料老人ホームの複合施設です。複合施設の利点を活かし イベントへの参加やボランティアとの交流が活発に行われています。明るくゆったりとした雰囲気の中でお過ごし頂く事ができ、観葉植物に囲まれた食堂など施設全体が清潔感に溢れています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成26年2月25日	評価機関 評価決定日	平成26年3月31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)】

①このホームの経営は、株式会社ユニマツトそよ風です。同社は、介護事業を全国展開をしている上場企業であり、このホームは、同社の神奈川支社の管轄下であり、デイサービス、グループホーム、介護型有料老人ホームとの併設ケアセンターとなっています。神奈川支社では、このようなケアセンターを、現在、14か所開設していますが、更に今年3月、厚木に1箇所開設します。立地は、JR川崎駅からバスで15分、徒歩7分の住吉橋に近い鶴見川沿いの住宅地に位置しています。このホームは当初平成20年に開設しましたが、法人の合併により平成24年に改めて指定申請して再度の開所となりました。②理念は、つづユニットが「その人その人の認知症の状態に合った支援をします」、やまゆりユニットが「利用者の笑顔が日々あらわれるよう支援します」です。理念はユニットごとに掲示し、毎朝のミーティングと月1回のミーティング時に読み合っています。③地域とは、大家さんが同建物の5階に居住され、積極的に案内を頂き、良い関係にあります。自治会に加入し、地域の行事(ドンド焼き、お祭り、運動会)に参加しています。中学生の職場体験・地域ボランティアの福祉体験の受け入れもしています。また、小学生による敬老会に招待され出席し、児童と交流をしています。④ケアについては、ホームにおける日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント工夫などの出来事ありのままの言葉で生活記録に記入します。特に変化があった事象は、業務日誌に記載、申し送りして全ての職員が共有できるようにしています。この生活記録(業務日誌)とモニタリング記録、看護記録、医師報告書を基に、介護計画原案を作成し、サービス担当者会議を開き、介護計画として支援が行われています。管理者は、利用者の重度化が進んでいるので、本人・家族の意向、医療連携で納得した最期を迎えられる支援及び、川崎市自主支援事業の自立度を上げる支援に積極的に取り組んでいます。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	つつじ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
62	利用者は、その時々々の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

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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	当法人の理念を部署会議などで確認し共有しています。また毎月目標を掲げて実践するようにしています。	理念は、つつじユニットが「その人その人の認知症の状態に合った支援をします」、やまゆりユニットが「利用者の笑顔が日々あらわれるよう支援します」です。理念はユニットごとに掲示し、毎朝のミーティングと、月1回のミーティング時に読み合っています。	今後の継続
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	御神輿や盆踊りなど町内行事にご入居者と参加しています。地域の中学生の職業体験などの受け入れも行っています。	地域とは、大家さんが同建物の5階に居住され、積極的に案内を頂き、良い関係にあります。また、自治会に加入し、回覧板をコピーし、利用者に配布しています。地域の行事（ドンド焼き、お祭り、運動会）に参加しています。中学生の職場体験・地域ボランティアの福祉体験の受け入れも行っています。また、小学生による敬老会に招待頂き、児童と交流を図る機会を持っています。	今後の継続
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	地域に少しでも貢献できるよう地域包括で活動している防災の集会に、管理者は毎月参加しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	偶数月に運営推進会議を奇数月には家族会を開催して日々の生活状況を報告し、意見要望等を頂きサービス向上につなげています。	運営推進会議は2カ月に1度開催しています。平成24年には、法人合併に伴う繁忙もあり、今年度の出席者は家族と施設職員（施設長と管理者）で実施しています。合併以前は、フルメンバーで開催していたので、今後は以前の様に、全メンバーが参加できるようにしていきます。会議では、現状報告、研修の開催、地域連携等の意見交換を行い、ホームの運営サービスの向上に繋げています。	今後の継続
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	行政主催の研修への参加や、不明なことに関しては電話で指導を頂くようにしています。	川崎市自主支援事業が昨年秋から始まり、その研修に出席しています。ホームで問題が起きた場合は、川崎市の高齢者支援課に相談し、助言を頂きながら、迅速に対応がしています。また、中原区のグループホーム連絡協議会にも参加し、情報交換を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	月に1回勉強会を実施し身体拘束に関する内容を理解、認識し身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	拘束のないケアの実施を心がけています。拘束をしないケアの取組みは、利用者の根本的な不安や混乱要因などの誘発原因を取り除くこと（気分・意識の転換、生理体調を整える、環境整備）にあると考え、月に1回職員で勉強会を実施しています。現在、このホームは、1階がデイサービス、2階がグループホーム、3～5階が有料老人ホームとなっており、玄関は施錠していますが、2階フロアの東側と西側に分かれた、ユニットの入口は鍵をかけずに、自由に行き来が出来るようになっています。	今後の継続	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	研修への参加と施設内で勉強会を実施する事により共通の意識を持てるようにしています。			
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	研修への参加により学ぶ機会をつくっています。			
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	契約の締結、解約の際は十分な説明を行い納得して頂けるようにしています。			
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並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	家族会の中で、広く意見要望を聞き、それらを検証、討議し運営に反映させている。また苦情相談窓口を設置している。	家族に対するホームからの情報伝達は、毎月の請求書と一緒に、状況報告書を同封して送付しています。2ヶ月に1回の家族会で意見・苦情・要望を伺聞き、できる事は迅速に対応し、サービスの向上に繋げています。家族の面会時間は、利用者にとって貴重な時間なので、職員が邪魔にならないよう配慮し、ホームに対する意見も聞けるようにしています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	施設全体での会議、グループホームのミーティングをそれぞれ月に一回ずつ行い職員の意見、要望を聞いている。	毎月1回、グループホーム会議を開催し、職員からの要望・企画事項の提案を受け、上部組織の全体会議で、検討しています。また、大きな提案は、施設長が出席する上部組織の神奈川支社会議にて、決定されています。施設長の個人面談は年1回行い、管理者は、職員一人ひとりの良いところを伝えます。また、法人として年間研修計画が有り、有資格者には手当を付けています。	今後の継続
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、職員との面談話し合いを持ち個々の思いを聞き、問題があれば解決に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	施設内では毎月勉強会を行っており契約社員、パート社員の区別なく参加して頂いています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。		
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つくり、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組みをしている	職員の研修への参加による同業者との交流を図る機会を設けています。管理者は地域包括主催のサロンに積極的に参加し地域でのネットワークづくりをしています。またケアマネは市内の連絡会に参加しています		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前にはご本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力して頂きご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保するようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族のニーズや家庭状況の把握に努め充分対話をする中で良好な関係づくりに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時には家族の思いを伺い、状況を確認させて頂いています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させて頂いています		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	グループホームとはどういう場所なのかを職員は理解しご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては生活の場であるということを忘れないよう配慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご入居者をご家族と職員と一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく隠さずに報告するように心がけています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。		
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず出かけて頂いています。また面会者に対しても制限を設けないように心掛けています。	利用者のこれまでの人間関係は良く把握しています。馴染みの方が来訪しやすいよう、面会の制限を設けないようにしています。また、家族との関係継続を大切に、家族の来所も促しています。また、利用者の昔の職場仲間等が来所される事もあり、家族の了解を得て支援しています。従来からの掛かりつけ医師に受診されている方や、行きつけの美容院に行く方もいます。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	できるだけ食堂へ集まって頂く時間を増やしご入居者同士や職員が歓談できる環境をつくっています。		
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	契約終了後も連絡し、何かあった場合は支援するようにしています。		
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。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、またご入居者に寄り添いながら思いや意向が把握できるようにしています。	ホームにおける日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント工夫などの出来事を、ありのままの言葉で生活記録に記入します。特に変化があった事象に関しては、業務日誌に記載、申し送りして全ての職員が共有できるようにしています。	今後の継続
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	入居前にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴などを書面で頂きご本人のことを把握するように努めています。		
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	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人には日頃の関わりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺い反映させるようにしています。	入居時は、事前に得られたアセスメントを基に、作成した暫定介護計画によりしばらく経過観察します。その後、ホームでの生活記録、（業務日誌）とモニタリング記録、看護記録、医師報告書を基に介護計画原案を作成し、サービス担当者会議を開き、介護計画にしています。	今後の継続
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	個人記録には食事、水分、排泄やバイタル等の身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りや伝え、職員が情報を共有できるようにしています。		
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	24年度から医療連携（訪問看護）を始めました。通院対応がご家族で難しい場合は施設で行うようにしています。また、ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し一緒に召し上がって頂いています。		
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	ご入居者が災害時などに施設で孤立しないよう地域包括支援センターの職員と情報を交換し協力関係を築いています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医に受診されている利用者もおります。内科嘱託医、歯科、眼科医療機関と訪問診療として提携し密に連絡をとり支援しています。	協力医療機関は、内科嘱託医（往診2回/月）、歯科（往診1回/週）、眼科（往診1回/2ヶ月）が有り、医師との疎通は密に取れています。また、入居契約時に協力医療機関の説明をしていますが、主治医の変更は勧めない方針なので、馴染みのかかりつけ医に家族対応で受診されている利用者もいます。家族対応で通院受診される方の通院医療情報は、その都度業務日誌に記載して、職員が情報共有するようにしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携で訪問看護に週1回来て頂き健康管理や医療面を支援して頂いています。又状況によっては有料老人ホームやデイサービスの看護師に相談しています。		
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、また、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。又は、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。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。又入院中は職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状態になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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	入居時や家族会などで施設でできることを説明しています。またご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携をとり納得した最期が迎えられるよう取り組んでいます。	看取りの指針があり、入居時に説明して同意書を頂いています。看取りマニュアルが整備されていて、重度化した場合は、ご家族との話し合いの場を持ち、全職員が、ご家族の意向を認識して看取り支援しています。医療連携も確立しており、看取りの実績もあります。	今後の継続
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	マニュアルを整備し、確認するようにしています。		
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、年2回避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方を訓練しています。	消防署立会いの下に、昼と夜想定各1回づつ年2回の避難訓練を行っています。消防署員のアドバイスで避難場所の確認や、消火設備の取り扱い訓練等を実施しています。また、防災機器の設置、備蓄品も事業所独自に完備し、AEDも設置されています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	接遇向上委員会を設け、ご入居者の人格を尊重しプライバシーを損ねないよう職員同士も注意するようにしています。	接遇向上委員会の研修を受け、利用者の人格を尊重し、プライバシーを損ねないように支援しています。職員の都合ではなく、自己決定しやすい言葉かけや、個人のペースに合わせた支援を行っています。また、個人情報保護指針・マニュアルの遵守をし、個人記録は、鍵のかかるロッカーに保管しています。	今後の継続	
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	言葉での意思表示ができないご入居者に対しても表情を読み取るように心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。	/		/
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	一日の大きな流れは決まっていますが時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調に気を配りながら一人一人のペースに合わせた生活をして頂いています。			
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	定期的に訪問理美容に来て頂いていますが馴染みの理美容に出かけられているご入居者もおります。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあった場合は随時交換し清潔な身だしなみをしていただいています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	重度化により日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことが難しくなっています。後片付けができる入居者には継続して行って頂いています。また旬の食材が話題になった時には、すぐに食卓に乗せるようにしています。	メニュー、食材共に利用者の希望も取入れ、旬の食材を職員が調達します。食材の買い物は、近隣のスーパーマーケットに利用者と一緒に買いに行っています。また、季節に応じて、行事食、外食、前庭での屋外食事などを楽しんでいます。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事摂取、水分量のチェック表で日々の状態を把握しています。食形態の変更が必要な場合は、食が進むように職員間でアイデアを出しながら摂取量を確保できるようにしています。		
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に、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	毎食後、口腔ケアを実施しています。訪問歯科医とも連携しながら口腔内の清潔保持に努めています。		
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向けた支援を行っている	排泄チェックを記入し、排泄感覚が曖昧な入居者もトイレ誘導し、トイレでの排泄を促しています。	全入居者のうち、自立している方が数名います。支援の必要な利用者には、排泄パターンや体調を把握し、タイミングを見ながら声掛けし、可能な限り、トイレでの排泄を支援しています。また、トイレ誘導の声かけには留意し、利用者の自尊心を損なわないよう心がけています。便秘時は、ヨーグルト、プルーンを摂って頂いています。その他、民間療法で難しい方は、医師、看護師に相談しています。	今後の継続
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	排泄チェック表で排便の状態を把握しています。毎食ヨーグルト+バナナ+プルーンを召し上がって頂き、排便を促す食材も食事に取り入れています。また水分摂取量は個々に目標を定め支援しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を基本としていますが、皮膚の状態などで、それ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また一般浴での入浴が難しい方には機械浴で対応しています。	週2回の入浴を基本としていますが、利用者の希望に応じて臨機応変に対応しています。浴槽は3方向介助が出来ますが、それでも入浴が難しい方には、デイサービスの機械浴で対応しています。また、季節のゆず湯・菖蒲湯や入浴剤で香りを楽しむこともあります。風呂上がり後に、乾燥肌の方には、ローション、皮膚疾患のある方は医師の処方による治療薬を塗布します。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ご本人の生活リズムを大切にしています。夜型のご入居者にも眠剤を飲んで頂かずご本人のペースで生活して頂いています。			
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	ご利用者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員が分かるようにしています主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。			
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	お願いできる仕事を探し、一人一人に合った役割を見つけるようにしています。			
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。また、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	天候の良い日、ご希望があればなるべく外出するようにしていますが、ご入居者のADL低下により（食事、水分摂取、排泄介助に時間を要しています）困難な場合もあります。	日常の散歩は近くの公園や畑を散策しています。また、買い物で外出の機会を増やし、あまり外出しない人は、屋上での洗濯物取り込みや、前庭で外気欲など、季節を肌で感じてもらえるよう支援しています。外出行事では、デイサービスの車を借り、三溪園の花見や海ほたる、中華街などに行き、楽しめる機会を持っています。	今後の継続	
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	個人的には金銭を所持していません。ご家族の協力でお小遣いを自由に使用できるご入居者は、職員と買い物に行くことがあります。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	携帯電話の所持は自由で、手紙等のやり取りについても、職員が必要な支援をさせて頂いています。		
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようにしています。廊下やトイレには手摺を設け、バリアフリーの為、車椅子でも安心して生活ができます。	両ユニット共にリビングは、南側に面して窓を大きくとられ、室内は陽射しが入り、明るく、清掃も行き届き、清潔で快適な環境を確保しています。室温、湿度も過ごしやすいように設定されています。また、リビング、廊下には観葉植物が配置され、壁には品の良い絵画が飾られ、落ち着いた雰囲気になっています。廊下、トイレには手すりを設け、車椅子の方でも安心して使える広い空間を確保しています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間のダイニングテーブルの他にもソファを配置し、他の入居者から離れることのできる場所を設けています。		
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	入居時に、家具や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話し、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。	居室には、ベッド、エアコン、クローゼット、机、レースカーテン、スプリンクラーが備え付けてあります。利用者には、使い慣れた馴染みの家具・備品・写真・仏壇等を持ち込んで頂き、配置もご家族とも相談しながら自由に置いてもらい、自宅と同じように過ごせるよう配慮しています。ベッドで転倒リスクのある方は、床にマットを敷いて布団で寝ています。	今後の継続
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」や「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	施設内は、安全に生活できるようにバリアフリーであり、手摺が設置されています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

川崎ナーシングヴィラ そよ風

作成日

平成26年4月30日

〔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	4	運営推進会議を偶数月に開いているが出席者が少ない。	町内会、地域包括、行政の人にも出席していただけるようにする。	町内会、地域包括、行政を回り、趣旨説明し、出席して頂けるよう声をかけていく。	半年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	やまゆり

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
62	利用者は、その時々々の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

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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	当法人の理念を部署会議などで確認し共有しています。また毎月目標を掲げて実践するようにしています。		
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	御神輿や盆踊りなど町内行事にご入居者と参加しています。地域の中学生の職業体験などの受け入れも行っています。		
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	地域に少しでも貢献できるよう地域包括で活動している防災の集会に、管理者は毎月参加しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	偶数月に運営推進会議を奇数月には家族会を開催して日々の生活状況を報告し、意見要望等を頂きサービス向上につなげています。		
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	行政主催の研修への参加や、不明なことに関しては電話で指導を頂くようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1回勉強会を実施し身体拘束に関する内容を理解、認識し身体拘束をしないケアに取り組んでいます。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	研修への参加と施設内で勉強会を実施する事により共通の意識を持てるようにしています。		
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	研修への参加により学ぶ機会をつくっています。		
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	契約の締結、解約の際は十分な説明を行い納得して頂けるようにしています。		
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並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	家族会の中で、広く意見要望を聞き、それらを検証、討議し運営に反映させている。また苦情相談窓口を設置している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	施設全体での会議、グループホームのミーティングをそれぞれ月に一回ずつ行い職員の意見、要望を聞いている。		
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、職員との面談話し合いを持ち個々の思いを聞き、問題があれば解決に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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	施設内では毎月勉強会を行っており契約社員、パート社員の区別なく参加して頂いています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。		
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つくり、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組みをしている	職員の研修への参加による同業者との交流を図る機会を設けています。管理者は地域包括主催のサロンに積極的に参加し地域でのネットワークづくりをしています。またケアマネは市内の連絡会に参加しています		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前にはご本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力して頂きご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保するようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族のニーズや家庭状況の把握に努め充分対話をする中で良好な関係づくりに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	相談時には家族の思いを伺い、状況を確認させて頂いています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させて頂いています		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	グループホームとはどういう場所なのかを職員は理解しご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては生活の場であるということをお忘れしないよう配慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	ご入居者をご家族と職員と一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく隠さずに報告するように心がけています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。		
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず出かけて頂いています。また面会者に対しても制限を設けないように心掛けています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	できるだけ食堂へ集まって頂く時間を増やしご入居者同士や職員が歓談できる環境をつくっています。		
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	契約終了後も連絡し、何かあった場合は支援するようにしています。		
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。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、またご入居者に寄り添いながら思いや意向が把握できるようにしています。		
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	入居前にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴などを書面で頂きご本人のことを把握するように努めています。		
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	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人には日頃の関わりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺い反映させるようにしています。		
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	個人記録には食事、水分、排泄やバイタル等の身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りで伝え、職員が情報を共有できるようにしています。		
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	24年度から医療連携（訪問看護）を始めました。通院対応がご家族で難しい場合は施設で行うようにしています。また、ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し一緒に召し上がって頂いています。		
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	ご入居者が災害時などに施設で孤立しないよう地域包括支援センターの職員と情報を交換し協力関係を築いています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医に受診されている利用者もおります。内科嘱託医、歯科、眼科医療機関と訪問診療として提携し密に連絡を取り支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	医療連携で訪問看護に週1回来て頂き健康管理や医療面を支援して頂いています。又状況によっては有料老人ホームやデイサービスの看護師に相談しています。		
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、また、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。又は、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。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。又入院中は職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状態になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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	入居時や家族会などで施設でできることを説明しています。またご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携をとり納得した最期を迎えられるよう取り組んでいます。		
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	マニュアルを整備し、確認するようにしています。		
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、年2回避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方を訓練しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	接遇向上委員会を設け、ご入居者の人格を尊重しプライバシーを損ねないよう職員同士も注意するようにしています。		
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	言葉での意思表示ができないご入居者に対しても表情を読み取るように心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。		
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	一日の大きな流れは決まっていますが時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調に気を配りながら一人一人のペースに合わせた生活をして頂いています。		
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	定期的に訪問理美容に来て頂いていますが馴染みの理美容に出かけられているご入居者もおります。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあった場合は随時交換し清潔な身だしなみをしていただいています。		
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	重度化により日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことが難しくなっています。後片付けができる入居者には継続して行って頂いています。また旬の食材が話題になった時には、すぐに食卓に乗せるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事摂取、水分量のチェック表で日々の状態を把握しています。食形態の変更が必要な場合は、食が進むように職員間でアイデアを出しながら摂取量を確保できるようにしています。		
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に、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	毎食後、口腔ケアを実施しています。訪問歯科医とも連携しながら口腔内の清潔保持に努めています。		
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向けた支援を行っている	排泄チェックを記入し、排泄感覚が曖昧な入居者もトイレ誘導し、トイレでの排泄を促しています。		
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	排泄チェック表で排便の状態を把握しています。毎食ヨーグルト+バナナ+プルーンを召し上がって頂き、排便を促す食材も食事に取り入れています。また水分摂取量は個々に目標を定め支援しています。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を基本としていますが、皮膚の状態などで、それ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また一般浴での入浴が難しい方には機械浴で対応しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人の生活リズムを大切にしています。夜型のご入居者にも眠剤を飲んで頂かずご本人のペースで生活して頂いています。		
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	ご利用者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員が分かるようにしています主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。		
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	お願いできる仕事を探し、一人一人に合った役割を見つけるようにしています。		
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。また、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	天候の良い日、ご希望があればなるべく外出するようにしていますが、ご入居者のADL低下により（食事、水分摂取、排泄介助に時間を要しています）困難な場合もあります。		
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	個人的には金銭を所持していません。ご家族の協力でお小遣いを自由に使用できるご入居者は、職員と買い物に行くことがあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	携帯電話の所持は自由で、手紙等のやり取りについても、職員が必要な支援をさせて頂いています。		
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようにしています。廊下やトイレには手摺を設け、バリアフリーの為、車椅子でも安心して生活ができます。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間のダイニングテーブルの他にもソファを配置し、他の入居者から離れることのできる場所を設けています。		
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	入居時に、家具や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話し、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。		
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」や「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	施設内は、安全に生活できるようにバリアフリーであり、手摺が設置されています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

川崎ナーシングヴィラ そよ風

作成日

平成26年4月30日

〔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	4	運営推進会議を偶数月に開いているが出席者が少ない。	町内会、地域包括、行政の人にも出席していただけるようにする。	町内会、地域包括、行政を回り、趣旨説明し、出席して頂けるよう声をかけていく。	半年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。