

### 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   | 2393000167             |            |             |
| 法人名     | 株式会社ニチイ学館              |            |             |
| 事業所名    | ニチイケアセンターとよた美里【1Fひまわり】 |            |             |
| 所在地     | 愛知県豊田市美里2-5-3          |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成26年 1月31日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年 6月24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 | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2393000167-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2393000167-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター               |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年 2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)】

入居者様とスタッフが一つの家族として、入居者様の力をお借りし共に助け合い支えあいながら、笑顔あふれるマイホームをホームの理念として、四季折々の行事を大切にし、日々の生活を穏やかに過ごしていただけるように支援していきます。  
毎日、入居者様とスタッフが笑顔で過ごすためにレクリエーション等の日中活動を通してコミュニケーションを図り、その中で昔の話や生活を聞き、信頼関係を深めています。  
個々のADLを維持しながら、その日の体調等に気配りをし、楽しく穏やかに過ごしていけるよう努めています。

【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)】

行政の後押しもあって、念願の町内会への入会を果たした。町内会行事にも参加しやすくなり、地域の合同防災訓練には利用者3名と職員が初めて参加した。一方、恒例となった「ニチイまつり」には多くの地域住民が訪れ、1階での「五平餅サービス」は、用意した150本があっという間に品切れとなった。2階の「創作手作りコーナー」も盛況で、2組の家族や区長がボランティアとして手助けした。  
町内会への入会を契機に、地域との交流や連携が大きく前進してきたが、ホームとしても地域貢献(地域への還元)を考慮している。その一つとして、災害に備えて備蓄している飲料水や食品を、状況によっては地域に配分する考えを持っている。今後も相互に連携し、地域に根差したホームとしての確立を目指すこととなる。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | <input type="radio"/> | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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   |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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  | 会社理念、ホーム独自の理念を提示し日々、心に刻みケアにあたるよう心がけている。                      | 利用者と職員が助け合いながら、「自分の家」と感じてもらえるような支援を心掛けている。職員の間にも、理念の理解が深まってきている。  |   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 近隣の方との挨拶をしっかりと行き、交流が広がるよう、心がけている。                            | 行政の後押しもあり、念願の町内会への入会を果たした。地域の行事にも参加しやすくなり、年に1度の「ニチイ祭り」には、地域からの参加がたくさんあった。地域のグループホームへの理解は大きく前進した。          | 町内会への入会を有効に活用し、ホームや認知症高齢者に対する正しい知識や情報を、地域に伝播していくことを望みたい。                        |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 地域の方々との交流の場として認知症サポーター養成講座やニチイ祭りを計画、近隣に告知のポスターを掲示し参加を呼びかけた。  |   |   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | ホームの現状を報告しながら、出席者と運営上の問題点等を話し合っている。                          | 家族、地域包括支援センター、町内区長、民生委員の参加があり、2ヶ月に1度の運営推進会議が実現している。事業報告の後、参加者からの質問に答え、相互に意見交換がなされている。                     |   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 毎月1回、介護相談員の訪問を受けている。   | 市の声かけにより、市内のグループホームの連携体制が構築されてきた。介護相談員の入替えがあったが、毎月2名の担当者が来訪して利用者と面談し、ホームの現状を市に報告している。                     |   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 入居時にやむを得ない場合は、同意をとることになっている。基本、身体拘束を行わないことにしている。玄関の施錠もしていない。 | 玄関は朝から夜8時まで開放している。一部家族のアンケートには、「開錠している事が不安」との声もあった。昨年度の目標達成計画(利用者に対する適切な声掛け＝スピーチロック関連)については、現在も改善の途半ばである。 | 不安を抱く家族に対しても、「施錠しないことの意義や目的」、「施錠することによる弊害」等を説明し、身体拘束をしない支援の重要性を理解させる取り組みに期待したい。 |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 研修などに積極的に参加し、意識の向上に努めている。                                    |   |   |

| 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<br>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    | 研修などに積極的に参加し、理解を深めている。   |  |   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 個別に時間を設け、充分説明の上、納得していただき、契約書の取り交わしを実施している。                           |  |   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 玄関にご意見箱を設置し、月1回の介護相談員の訪問を受け、機会を設けている。利用者のご家族の意見・要望は出来る限り改善するよう努めている。 | 家族の要望には都度対応し、運営推進会議においても自由な意見が出されている。情報が不足している家族から強引な意見が出されたが、説明によって状況が理解でき、納得されたケースもあった。      |   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 毎月1回、スタッフ参加によるホームミーティングを実施し、意見交換をしている。                               | 毎月、パート職員や非番の職員も含めて、職員全員参加の1時間ミーティングを開いている。意見交換の場であるが、スタッフ同士の力関係で言いたいことはあっても、なかなか声に出せない現状も存在する。 | 正職員とパート職員、年齢差や勤続年数の差等、目に見えない差別が生じてしまうのは組織の常。働きやすい職場作りのために、その障壁をいかに崩すかの工夫に期待したい。 |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 個々の要望を聞き取り、職場環境の整備に努めている。  |  |   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人内外の研修を受けるように声かけをしている。  |  |   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 行政主催の研修に参加し、他事業者の方と情報交換している。   |  |   |

| 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 |
| <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<br>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 | 初期には、本人が不安になる事がないように、笑顔で声かけの機会を多く持つようになっている。                               |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ご家族のお話をよく伺い、困っていることや不安なことをくみ取る事で、関係作りに努めている。                               |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ご家族や入居者様のお話をよく伺った後に、スタッフを含め話し合いの場を設け、必要としている支援が出来るよう心がけている。                |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 入居者様の状態を把握し、出来ることは積極的に行ってもらえるよう、心がけている。スタッフも一緒に行ったり、行っていただけたら、感謝の言葉をかけている。 |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族の方々の来訪時に、入居者様の近状を報告したり、以前の暮らしぶりを伺ったりし、情報交換している。                          |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | ご家族の許可を受け、ご友人・知人の訪問を受け入れしている。<br>近状をお話して、ゆっくり話が出来るように居室で過ごしてもらおう。          | 利用者本人の記憶や反応は曖昧だが、旧友や元職場の同僚の来訪がある事で、以前からの馴染みの関係を継続できている。年賀状や暑中見舞を出す支援もしている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 入居者様の間にスタッフが入り、談笑したり、良い人間関係が保たれるよう、心を配っている。                                |  |                   |

| 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   |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | ご退去後もご家族様からお礼状が届いたり、電話がホームにかかってくる事もある。                          |  |   |
| <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<br>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   | 一人ひとりの日常の会話の中で、思いをくみ取り、今までの暮らしやこれからの希望を把握するように努めている。            | 利用者との日常会話の中で思いや意向を汲み取り、介護記録に記録する取り組みを行っている。しかし、スタッフにまでは浸透しておらず、介護計画に反映させるには至っていない。 | 墓参りを切望する利用者がいたが、家族の協力が得られず、職員が同行して思いを叶えた事例がある。すぐに実現できるもの、介護計画につなげるもの等の棲み分けが必要か。 |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 入居者様のご家族さまから今までの暮らしぶりや生活歴をお聞きしたり、入居者様同士の会話から情報を得て把握するようにしている。   |  |   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 一人ひとりの介護記録の中に日々の生活を細かく記入しており、状況をしっかり把握している。                     |  |   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 月1回カンファレンスを行い意見交換をしている。ご家族様からの意見・要望についても介護計画に反映させている。           | 月1回モニタリング、カンファレンスを行っているが、本人の意向は何年も変更していない介護計画になっている。思いや意向の変化に着目して介護計画を見直すには至っていない。 |   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 一人ひとりに介護記録を記入し、大切なことは申し送りや管理日誌に記入し、スタッフ間で情報を共有し、介護計画の見直しにも役立てる。 |  |   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居者様の意向を大切に、ご家族様の希望にも出来る限り、添えるように取り組んでいる。                       |  |   |

| 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<br>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                                      | 散歩時、近くの公園に行ったり、花をながめたり、ご近所の方と挨拶や話をする時がある。                                    |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                 | ご家族等の希望を大切にしている。時に、通院の同行支援をしている。   | 従来のかかりつけ医を希望する利用者は現在5名で、受診する場合の基本は家族の付き添いである。家族の都合によっては、代わりにスタッフが付き添うこともある。協力医の往診は2週間に1度ある。 |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 週に1度の訪問看護、月に2度の往診時に日々の様子を報告・相談している。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入居者様が入院された時、提携医を通じて紹介状を医師に渡している。医療連携室を時々訪問し、情報交換・相談をしている。                    |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化や終末期について入居時にご家族と話し合いをしている。入居者様・ご家族様の意向を聞き、提携医・訪問看護師と連携をとり、対応できるよう取り組んでいる。 | 利用開始時に、重度化や終末期についてのホームの考えを伝えている。重度化した場合、必要があれば入院の措置や次の移転先について、家族の支えとなるよう支援している。             |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | ホーム内で蘇生法の講習会を定期的に行っている。また、消防署で救命講習会に参加している。                                  |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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回の避難訓練を行い、消防職員の方を含め反省会もあり知識の向上に関する講習会を実施した。                                | 町内会への入会を果たしたこともあり、地域の合同防災訓練に利用者3名が初めて参加した。有事の際には地域との協力が不可欠である事を理解しており、水や食料の備蓄を地域に配分する考えもある。 |                   |

| 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 |
| <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<br>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                   | 入居者同士、お互いの尊厳が守られるように支援をしている。                             | 前回の訪問調査において、職員の不適切な言葉遣いを指摘されたことから、目標達成計画に取り上げて取り組んでいる。これまでの因習を廃すべく、職員の意識の改革を目指している。           |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | その方の思いを聞き、それに添った声かけをしたり、話をする。                            |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | その方の様子を見て居室で休んでもらったり、食事の時間をずらしたり、なるべく希望に添っている。           |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | その方にあった服装を毎日、用意したり交換したりしている。                             |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 入居者様の出来ることに合わせ、準備や片付けを一緒に行っている。                          | 利用者の能力に応じて、家事で培ってきた料理の腕前を食事の準備で発揮している。それぞれができる事を分担して手伝い、あるユニットでは、当日提供された昼食のすべてに利用者の手がかえられていた。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 食事制限のある方、おかゆ、ミキサー食等その人にあつた物を提供したり、1500ccを目標に水分補給を心がけている。 |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 一人ひとりの状態に合わせ、声かけ・見守り・介助をしている。                            |   |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                              | 排泄パターンを記録で把握し、個々に声かけ・誘導を行っている。                            | 介助が必要な利用者には声かけに気を配って誘導し、トイレでの排泄に努めている。排泄チェック表を使用しているが、利用者毎の分析には至っておらず、決まった時間に誘導する支援になっている。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 食事には食物繊維を多く含んだ食品を取り入れ、水分量に注意し、散歩やレクリエーションで体を動かすようにしている。   |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                             | 一人ひとりの希望を伺いながら、清潔の保持が出来るように支援しています。                       | 隔日に入浴支援を行っている。拒否がある利用者には無理強いせず、声をかける職員や時間を変えたり、声かけに工夫して対応している。男性職員が多いが、異性介助での問題は起きていない。    |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 毎朝、居室の状態を見て、清潔に気持ちよく過ごせるように、一緒にモップをかけたり、布団を干したりして支援しています。 |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 職員全員が薬の副作用や用量を理解し、安全に服用できるように支援している。                      |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 本人やご家族様から生活歴や嗜好品など情報を得ながら、レクリエーションや役割が楽しく行えるように支援していきます。  |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 個々の希望に添いながら、散歩・買い物・喫茶店に出かけたりしている。                         | 天候に恵まれれば、毎日のように散歩に出かけている。食材も利用者と職員が買い出しに行っており、利用者のできることは支援をすることで、身体能力の低下を予防するよう努めている。      |                   |

| 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<br>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  | 紛失等のリスクとそれに伴うトラブル回避のため、個々に所持する事はご遠慮いただいている。  |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 直接電話を使用できないため、伝言を預かったり、手紙を本人に渡している。<br>年賀状や暑中見舞いを送っている。                              |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 毎日、清掃を行いトイレ・洗面所等の共有の場所は使用後はチェックをし、気持ち良く使用できるようにする。庭や玄関は季節折々の花を飾り、壁には季節感のある作品を掲示している。 | フロアの清潔保持を目的に、利用者が清掃当番を決めて役割を担っている。壁面には、季節に合わせて利用者と共に作成した貼り絵や作品が飾られている。生花、造花、花を描いた絵等々、花いっぱいフロアには、観葉植物にまで花があしらってあった。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | テレビの前にソファを置いたり、ホール内は自由に利用が出来、思い思いの場所で過ごされている。  |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 本人やご家族様の希望や意見を伺い、出来る限り意向に添うように協力している。  | 家族の思いが詰まった居室があった。家族が、利用者や家族の思い出の写真を切り張りし、居室を飾りつけしている。住居は別々になってしまったが、「心は一緒」との思いが伝わってきた。                             |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 共用スペースには手すりを設置し、車椅子対応するように廊下の幅を広くしている。ドア・床に目印があり、分かりやすくしている。                         |  |                   |

### 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   | 2393000167             |            |             |
| 法人名     | 株式会社ニチイ学館              |            |             |
| 事業所名    | ニチイケアセンターとよた美里【2Fすずらん】 |            |             |
| 所在地     | 愛知県豊田市美里2-5-3          |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成26年 1月31日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年 6月24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 | <a href="http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JkyosvoCd=2393000167-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JkyosvoCd=2393000167-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 中部評価センター               |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年 2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)】**

入居者様とスタッフが一つの家族として、入居者様の力をお借りし共に助け合い支えあいながら、笑顔あふれるマイホームをホームの理念として、四季折々の行事を大切にし、日々の生活を穏やかに過ごしていただけるように支援していきます。  
 毎日、入居者様とスタッフが笑顔で過ごすためにレクリエーション等の日中活動を通してコミュニケーションを図り、その中で昔の話や生活を聞き、信頼関係を深めています。  
 個々のADLを維持しながら、その日の体調等に気配りをし、楽しく穏やかに過ごしていけるよう努めています。

**【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)】**

|  |
|--|
|  |
|--|

**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<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | <input type="radio"/> 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>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<br>(参考項目:4) | <input type="radio"/> 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>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<br>(参考項目:36,37)  | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>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                                       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)       | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>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                                   | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |      |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>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  | 会社理念、ホーム独自の理念を掲示し、日々、心に刻みケアにあたるように心がけている。   |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | ・近隣の方々とのあいさつをしっかりと行き交流が広がるように心がけている。<br>・昨年からの地域の行事(お祭り・防災訓練等)に参加できるようになり交流をしている。 |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 地域の方々との交流の場としてニチイ祭りを計画、近隣に告知のポスターを掲示し参加を呼びかけ、開催した。                                |      |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | ホームの現状を報告しながら、出席者と運営上の問題点等を話し合っている。   |      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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  | 毎月1回、介護相談員の訪問を受けている。  |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 入居時にやむを得ない場合には、同意をとることになっている。基本、身体拘束を行わないことにしている。玄関の施錠もしていない。                     |      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修等に積極的に参加し、意識の向上に努めている。  |      |                   |

| 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<br>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    | 研修等に積極的に参加し、理解を深めている。   |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 個別に時間を設け、充分説明の上、納得していただき契約書の取り交わしを実施している。                                 |      |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 玄関にご意見箱を設置し、月1回の介護相談員の訪問を受け、機会を設けている。<br>利用者や家族の意見・要望は出来る限り改善するように努力している。 |      |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 毎月1回、スタッフ参加によるホームミーティングを実施し、意見交換している。                                     |      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 個々の要望を聞き取り、職場環境の整備に努めている。   |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 法人内外の研修を受けるように声かけしている。  |      |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 行政主催の研修に参加し、他事業者の方との情報交換している。   |      |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入居者様とよく向き合い、お話を伺うようにしコミュニケーションを多く取れるように声かけしている。  |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | ご家族が困っていること、不安なこと、ご要望等をよく伺い、信頼していただけるように努めている。   |      |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ご家族、スタッフを含めて話し合いの場を設け、入居者様と向かい合いよく話を聞き、まず、必要としている支援ができるよう心がけている。   |      |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 入居者様の出来ることを把握し、積極的に行っていただくよう心がけている。<br>スタッフを気遣い、ねぎらいの言葉をかけ、進んで手伝っていただいたりしている。                            |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 来訪時に入居者様の日々の様子をお話したり、以前の暮らしぶりを伺ったり、情報交換をしている。<br>あいさつをしっかり行い、明るく対応し来訪しやすい環境作りをしている。                      |      |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | ご家族の許可を受けて、ご友人・知人の訪問を受け入れている。<br>正月、お盆や一時帰宅される方やご家族と食事会にいかれたりする方もいる。                                     |      |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 入居者様同士の関係は把握している。<br>日々、入居者様同士の会話は見られ、居室にまねき一緒に過ごされたり、花火大会には「私の部屋でよく見えるから来て下さい」と声をかけられ、みんなと一緒に花火を楽しんでいた。 |      |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 退去後もご家族様から、お礼状が届いたり、電話がホームにかかってくることもある。  |      |                   |
| <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<br>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   | 入居者様・ご家族の話を聞き、アセスメントシートに落とし、活用している。  |      |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 日々の生活の中で、入居者様・ご家族様からお聞きしたり、入居者様同士の会話から情報を得て把握するようにしている。                          |      |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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日の様子は、個別の介護記録に細かく記入しており、お客様の今のリズムを大切にしながら援助するように努めている。                          |      |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 計画作成担当者を中心に、月1回カンファレンスを行い、意見交換してる。<br>お客様・ご家族様からの意見・要望についても共有し、その都度、介護計画を作成している。 |      |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 個別の介護記録を記入し、必要に応じて申し送りや管理日誌に記入し、スタッフ間で情報を共有し、実践や介護計画の見直しをしている。                   |      |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ご家族様と入居者様の意向を伺い、出来る限り添えるように取り組んでいる。  |      |                   |

| 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<br>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                                      | 近くのスーパーへ買い物に行ったり、喫茶店へ出かけたりしている。散歩に出かけ、ご近所の植木や花を見て楽しんでいる。                         |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入居時にご家族様・入居者様の意向を伺って、納得が出来るように話し合いをしている。提携医にも相談している。                             |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 1週間に1度、訪問看護師がホームに来ている。入居者様の体調管理をし、重度化されないように日々の様子を看護師に報告・相談し、医師の判断を仰ぐこともある。      |      |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入居者様が入院された際、提携医を通じて紹介状を病院の医師に渡している。医療連携室を時々訪問し、情報交換・相談をしている。                     |      |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化や終末期について、ご家族様と入居者様に話し合いをしている。入居者様・ご家族様の意向を聞き、提携医・訪問看護師と連携をとり、対応できるように取り組んでいる。 |      |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | ホーム内で、蘇生法の講習会を定期的に行っている。また、消防署で行う救急講習会に参加している。                                   |      |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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、避難訓練を行い、消防署職員の方を含め反省会もあり、知識の向上に繋がった。市職員による地震対策に関する講習会も実施した。                  |      |                   |

| 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 |
| <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<br>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                   | 人生の先輩として接し、敬い、声かけ対応を行っている。   |      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 入居者様の伝えたい事を明確にし理解できるよう常に声かけをし、コミュニケーションをとり、自己決定が出来る声かけをするように心がけている。  |      |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 入居者様の希望を伺い、個別のペースを把握し対応するようにしている。<br>昼間も居室で過ごされる方もいるので、布団干しは必ず声かけをし了解を得てから行うようにしている。                           |      |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 常に清潔なものを着用していただき、着替え時に着るものを自己決定できるよう声かけをしている。<br>外出時や特別な日にはいつもと違う装いをしていただき、気分転換できるよう支援している。                    |      |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 行事計画の中で週1回程度、昼食作りをもうけ実施している。出来る力に応じ、買い物・調理・片付けを入居者様と一緒にしている。盛り付けも皆様に工夫し楽しんでいる。毎日、出来る力に応じた当番表を活用し、皆で準備片付けをしている。 |      |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 水分量、食事量、献立、食材等は記録し、バランスの良い食事作りを心がけている。希望やしゃくが弱い方には、お粥・きざみ食等に対応し、体重チェックの必要な方には、週1回測定し、それに伴い、食事量の加減もしている。        |      |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後、声かけ・見守り・介助等をし、本人の力に応じ口腔ケアを行っている。また、義歯、歯ブラシ、コップは預かり、毎日、洗浄している。  |      |                   |

| 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<br>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                             | 記録等で、個々の排泄パターンを把握し、声かけ・誘導により、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援をしている。  |      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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   | 食物繊維が多く含まれた食品や乳製品を食事やおやつに取り入れ、水分を多く摂っていただくよう声かけし、散歩や体操を行い、便秘の予防に気をつけている。                                  |      |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                            | 希望や清潔保持のため、毎日、入浴はできる。時間も希望のある人にはその時間に対応し、個々のペースで入浴でき、毎日いろいろな入浴剤を使い、温泉気分を味わっていただけるよう工夫している。                |      |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 天気の良い日には、ご本人に確認を行ってから布団を干し、シーツ等を洗っている。常にベッドを整え、いつでも休息できるように、室内の温度調節にも配慮している。                              |      |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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   | 服薬説明ファイルがいつも見られるようになっており、薬についての理解を深め、服薬の支援を行い、症状の変化にも気をつけている。服薬支援に関しては、2重3重のチェックの元に行っている。                 |      |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                            | 全員の当番表を作成・掲示し役割をもった生活ができるよう支援している。月1,2回程度、通常のレクリエーションとは違ったミニ運動会・アレンジメントフラワー・お茶会・流しそうめん等を行い、気分転換等の支援をしている。 |      |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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支援している | 散歩の声かけは、全員に行い、希望に添って出かけている。時々、買い物・外食・喫茶店にも出かけている。ホーム内の定期清掃時、タクシーを利用し、スーパーや公園へ出かけた。                        |      |                   |

| 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 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | ほとんどの方は紛失等のリスクとそれに伴うトラブル回避のため、個別に所持することはご遠慮いただいている。スタッフと一緒に買い物に行く時は、お金をお渡しし支払いされる方もいる。ご自分でお金を所持し使っている方もいる。                      |      |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 必要に応じて、ホーム内の電話でご家族や親戚の方と交流している。携帯電話を持っている方もいる。年賀状・暑中見舞いは礼状等を手作りし、やり取りできるよう支援している。   |      |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 共有の場所は毎日清掃を行い、使用後はチェックをし気持ちよく使っていただけるよう心がけている。ホールに朝日が強く入るので、カーテンを引いたりして調整している。庭や玄関先には季節の花を植え、ホールや居室にも生花を飾り、壁には季節感のある作品等を掲示している。 |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | ホール内は自由に利用が出来、思い思いも場所で過ごされている。入居者様がお互いの居室を訪ねたりしている。また、掲示物が入居者様同士の会話のきっかけとなるように工夫している。   |      |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | ベッド・家具は馴染みの物を使い、配置もご家族と入居者様で決めていただき、居心地のよい場所作りをしている。また、ご家族が季節がわかる様にと鉢花や人形・リースを居室に飾り、入居者様が水やりをしている。                              |      |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 共有スペースには、手すりを設置し、車椅子に対応する廊下の中を広くし、トイレのドアと床に目印があり、分かりやすくしている。  |      |                   |

### 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るよう、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        | 36   | 職員の不適切な言葉遣いが、聞かれる為今後も継続し職員の意識改革を行う。 | 誰に聞かれても恥ずかしくない言葉遣いをする。 | 職員同士で不適切な言葉遣いを注意が出来る職場環境を構築する。 | 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、行を挿入してください。