

ニチケアセンター広島川内

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
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。	社是である 誠意・誇り・情熱 を基本理念とし、一家族、人に優しく、自分に厳しく をかけ日々理念の実践に取り組んでいる。又、法人の基本理念を記したコンプライアンスカード(携帯用)をスタッフ全員が所持している。	社是を玄関正面に掲げ、ミーティングが行われるリビング壁面にホームとしての理念を掲示し、管理者、と職員は申し送り時やユニット会議には全員で唱和して、常に理念に沿ったケアに取り組む努力がされている。	
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。	町内会に入り、町内清掃の参加、町内会のイベントにも積極的に参加している。又、地域住民による飛び込み見学、近隣の方のボランティアによる催事の開催の機会を持つなど地域とのつながりを深めるように努力している。	町内会に入り、回覧等で町内の情報に注目し、町内清掃やイベントに積極的に参加している。又ホームの秋祭りには地域の方を招き交流を深めている、その他、地域のコンビニやクリーニング屋等を利用し店の方との会話から近隣の情報を得て、ボランティアの来訪を受けることもある。	
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。	H24.2～共用型認知症対応型通所介護(デーサービス)を併設。町内会をはじめとする役員の方に独居等でお困りの方があれば声をかけて欲しいと要望している。2月より近隣の方の利用者。ご家族様の介護負担の軽減となり喜ばれている。今後も近隣への発信を町内会・居宅等への		
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。	家族・民生委員・町内会長・地域包括支援センター職員をメンバーとして、2ヵ月に1度開催している。主にはホーム行事や取組み状況を説明し、また出席者の意見などを聞き、運営に活かすよう取り組んでいる。	2ヵ月に1回開催されている運営推進会議には参加が可能な入居者、家族、民生委員、町内会長、地域包括センターよりの参加があり、ホームの皆さんの現状や行事予定や結果の説明等が議題とされている。出席者からの建設的なご意見を大切に事後のケアに取り入れるよう努めている。	運営推進会議に近隣の社会資源(社会福祉センター、派出所等)関係の参加を求められ、近隣とのより一層の協力体制が育成されることが期待されます。家族の参加者が多数であり、発言されて意見や要望を議事録により職員で共有し、日常のケアに役立させている。
5	4	市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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。	定期的な運営推進会議の開催、町内会長への挨拶、地域包括支援センターなどへ訪問し、ご意見を聞き、改善に取り組んでいる。	区役所介護保険課、地域包括センター、町内会長、地域民生委員等に運営推進会議への開催案内、議事録を送付している。ホーム運営の業務関係については広島支店を通して役所関係との連携は行われる規定となっているので、支店と連絡を取り合っている。	
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束について正しく理解できるようにスタッフに研修を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員は身体拘束をしないケアについて、研修を受けて十分に認識されて穏やかな日常生活が保たれている。徘徊傾向にある入居者については担当職員が同伴する等して安全が保持されている。各フロアの出入り口及び玄関は午後6時までは施錠はされていない。夜間は防犯上施錠は行う。	
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。	毎月のユニット会議にて利用者状況の情報の共有を図り、ホーム会議でも高齢者虐待防止法の研修を行っている。虐待しない・させない・見逃さないを高齢者虐待防止スローガンとして掲げ、スタッフに周知徹底している。		

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
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。	管理者による職員への研修をホーム会議にて実施。外部研修は9月に、広島市の集団研修を受講している。		
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。	入居前には家族・利用者に当ホームの契約の説明を行い、解約時の対応も含め、疑問などに答えている。		
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。	利用者・家族には開催日を知らせ出来るだけ運営推進会議に出席していただき、意見要望等を発言してもらっている。意見要望は真摯に受け止め改善に努めている。又、利用者様の日頃の様子は毎月お便りで送らせていただいている。(玄関に意見箱を設置している。)	運営推進会議に利用者及び家族の出席者が多数あり、毎回意見や要望を発言され、議事録によって職員全員で共有し改善点は改善し、ホームの円滑な運営に役立たせている。個々の家族が訪問された時にも常にご意見を求めて忌憚なく意見をいただいている。	
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。	ホーム会議・ユニット会議を意見の場とし、意見を述べられる体制を作っている。	ホーム会議やユニット会議において職員は自由に意見を表出でき、その意見を検討しつつ、日常の支援や運営に反映されている。当日面談に応じた職員よりも職員間及び指導者とのコミュニケーションが良好との発言があった。	
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。	処遇改善手当・キャリアアップ制度で給与に反映させる制度がある。		
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。	自治体・グループホーム協会・シルバー振興会主催の案内を全員に知らせ、必要な研修は業務での対応も行っている。ホーム会議では毎回研修を行っている。会社内ではホーム長・ケアマネ・ユニットリーダーの当該職務の研修も行っている。		
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。	同社の他ホームとの交流を行い情報交換を行っているが他業者との交流は行えていないが近隣のグループホームとの交流が持てるよう打診している。		

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
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。	初回面談(入院先・ホーム内)だけでなく、自宅訪問などアセスメントの中で、本人の気持を受け止める努力をしている。入居されて1,2ヵ月はアセスメントをスタッフで共有し、会話を多く持つよう心がけプランも入所時、入所後1ヶ月で知り得た情報を交換して追記、書き換えも行ってきている。		
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。	入所前にアセスメントは自宅、入院先などを事前に訪問し、家族との面談の持ち、困っている事や要望を傾聴し信頼関係を築くように努めている。入居後も必要時、相互で連絡を取り合い関係作りを行っている。		
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。	入所時の担当ケアマネによる入院先、自宅の訪問による情報収集、入院先のDr・Ns・OP・PT・相談員との面談により、必要なアセスメントを行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人を介護されるだけの立場におかず、掃除・整理整頓など出来る事は一緒にやってもらいながら、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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。	家族来所時には、利用者の状況を伝えさせていただき、情報共有を行ってご本人にとって良い方法を模索している。また毎月、日々様子はお手紙にてお伝えしている。ホームの行事はお知らせし参加していただくよう配慮している。		
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。	友人や知人が来所されたり、電話などで関係を続けられておられるが、利用者や友人の会話を聞かせていただき、大切な人との関係が途切れないよう支援に努めている。又、携帯電話をお持ちの方もいらっしゃるので充電時のお手伝いも	入所前に交流されていた友人や知人が気軽に来所されているのでその関係が継続されてゆくよう支援している。携帯電話を持たれて家族や友人との交流をされている方があり充電の手助けもしている。	
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。	利用者同士の関係を把握し、孤立しないようにテーブル席の位置の工夫、職員を間に入れた会話など関係の改善に努めている。		
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。	退去される利用者、家族には困り事があれば声をかけていただくよう退所時に声かけを行い必要に応じ相談支援に努めている。		

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
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	思いやりや意向の把握 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。	入所に至るまでの家族層・生活層等様々な角度で確実なアセスメントを行っている。また、入所されてすぐのプラン、1ヵ月後には日々様子を見させていただいた上で、新たなプランを提示している。	入居時のアセスメントの内容を十分に考慮し、日常ケアは担当制で行い、職員との信頼感を持たれるように努めて、思いやり意向の把握をしている。外出や散歩時などに同行し本音を聞き出しつつ、ケアプランにも反映している。	
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。	入所までに本人・家族・居宅介護支援事業所ケアマネージャー・病院相談員・看護師から聞き取りを行い把握に努めている。		
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。	心身の状況等は日々の申し送り、ケアカンファレンス等で、スタッフ間で情報共有し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。	利用者本位のプランを作りを目指し、本人・家族の意見を聞いた上で、ケアカンファレンスを目標期間に合わせて行っているが、状況の変化やより良いケア方法が出された時は、随時カンファレンスを行い活きた介護計画の作成に取り組んでいる。	本人や家族の意見を重視しつつ、担当職員を中心にカンファレンスを行って短期目標、長期目標をつくり介護計画の作成を行っている。又日常生活の中での会話の内容や状況の変化には必ずカンファレンスを行い現状に沿った介護計画の作成を行っている。	
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。	介護記録・管理日誌・受診記録・日常支援シートなど様々な帳票を利用し、スタッフ全員で情報共有を行い、これらをカンファレンスで検討するシステムを作っている。		
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。	ADL・IADLの状況に応じて、必要と思われるサービスの導入、又ケア方法を変更し、スタッフ間で統一出来るよう努めている。		
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。	必要に応じて協力要請、支援は受けている。(地域ボランティアの支援、廃品回収の依頼)		
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、納得が得られたか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。	主治医は利用者の希望のまま入居していただいている。提携医は2週に1回往診・週1回の訪問看護・皮膚科月1回・必要時訪問歯科なども利用している。報告・連絡・相談を密にし適切な治療と専門医の紹介もしていただいている。	入所時は家族や本人の希望する、かかりつけ医の継続のまま入所していただいている。提携医は2週間に1回往診・1週間に1回の訪問看護が行われ、健康管理、投薬、専門医への紹介等、適切に行われている。その他必要時には家族と連絡を取りながら皮膚科や歯科の訪問治療もおこなわれている。	

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
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。	医療連携体制に伴い、週1回看護師の訪問でスタッフ、看護師と情報共有出来る帳票を利用している。必要時は主治医との連携も行って、個々に対応している。		
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、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。	入院時は介護サマリーを提出し、日常生活の様子や処方薬などの情報提供を行っている。退院時には必要に応じて医師や看護師と話し合いの場を設けている。また定期的に利用者の状況の把握に努め必要に応じ医師や看護師と連携を図っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入所時に重度化した場合や終末期のあり方について説明を行っている。重度化した場合、本人、家族の意向を大切にホームで出来る事、出来ない事をはっきりさせ、その中で最良の支援が出来るよう取り組んでいる。	入所時に重度化された場合や終末期の方針について本人、家族に説明を行っている。重度化した場合は医師を交え再度本人、家族と話し合いを重ね、ホームでの看取り介護が可能であることも伝え、意向に沿った対応をしている。現時点では看取り介護の経緯はないが、職員、訪問看護の共働で受け入れる意向を持たれている。	
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。	ホーム会議にて初期対応等の研修は行っている。		
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。	災害時の避難場所、避難経路の把握、避難訓練を行いスタッフに周知している。災害時に備えて非常食を常備している。町内会の方へ災害時に協力をいただくよう依頼している。	避難訓練は年2回消防署の指導を受けて実施している。訓練実施の前には近隣住居者へも通知して認知を求めている。今後の災害対策について、運営推進会議でより一層の近隣の協力が得られるよう検討される意向である。近隣のコンビニとも災害時の対策を話し合っている。	
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。	誇りやプライドを傷つけるような言葉遣いや対応にならないように努めている。また、排泄や入浴等は本人のプライバシーが確保出来るよう配慮している。	法人全社員で「個人情報の保護」についての研修は毎年受けている。入居者の個人情報のファイルは事務室保管庫にて確実に保管されている。訪問当日、職員は入居者に丁寧な言葉で支援されている情景が常に見受けられた。	
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。	利用者の訴えはゆっくりしっかり聞く努力を行っている。また、自己主張をしっかりされる方に関しては、ケアプランにも位置づけている。		
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。	ホームでの基本的な生活のペースはあるものの御本人の意向を尊重し、状況に応じた柔軟な対応が出来るよう心掛けている。		

ニチケアセンター広島川内

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
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。	現在行きつけの美容院に行かれている方はいらっしゃるが、2ヵ月に1度の頻度で出張理容に来てもらい本人家族の希望に添って行っている。入所前に利用されていた美容院の方に来ていただいている方もおられる。		
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。	利用者の希望を聞きながらも偏った食事にならない様配慮している。旬な食材を使用し、個々に食べやすい工夫も行っている。季節の行事に合わせて行事食等も取り入れている。利用者にはテーブル拭き、下膳等出来る範囲でお手伝いはしていただいている。食材選びの為に一緒に買い物に	食事のメニューは2ユニット共通に利用者の希望を取り入れながら作り、1～2人の利用者は食事づくりの手伝いをされる方もある。盛り付けは食べやすさも考慮に入れながら、個人個人違った方法もとられ、ゆっくりと時間をかけて見守りがされている。外出希望を兼ねて、近隣の食品スーパーに職員と同伴で食材の買い出しに行くこともある。	
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。	利用者に合わせた食事等、食事形態(ミキサー食・刻み)にし、栄養バランスを考え提供している。水分摂取量・食事量・排便・排尿・体重等記録して、スタッフ間で情報共有し、ひとりひとりの状態に応じて支援出来るようにしている。		
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。	毎食後口腔ケアは行っており、出来ない方はスタッフが声かけ介助している。必要に応じて訪問歯科にて治療を受けている。		
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。	利用者一人ひとりの排泄パターン、習慣を把握し、なるべくトイレで排泄出来るように心掛けている。	水分摂取量、排泄記録票を基にして、個人個人の排泄パターンが共有され、職員の誘導によって排泄の自立支援につなげている。	
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。	食事量、水分摂取量、運動量の把握を行い、水分を促したり、繊維の多い食物を摂取していただいたり、日常生活の中で身体を動かすよう働きかけている。また排便コントロールのため、医師の指示の元、適宜服薬を行うこともある。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	最低2、3日に1回は入浴していただいている。そのほかにも出来るだけ本人の要望に合わせて気持ち良く入浴出来るような支援をしている。	一週間に2回以上は入浴していただくように、声掛けを行って入浴していただいている。入浴を拒む方もあるので根気よく声掛けをして、気持ちよく応じてもらうよう努めている。入浴準備が出来ているときは「ゆ」と記された大判のれんが掛けられて、雰囲気作りを行っている。	
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。	利用者の生活パターンを把握し状況の変化に対応し安眠・休息がとれるよう支援している。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	一人ひとりの薬の個人ファイルに綴じて、スタッフが薬の目的や副作用は用法用量について周知できるようにしている。服薬ファイルシートを活用し、服薬支援を行い、症状の変化は介護記録にて確認、把握に努めている。		

ニチケアセンター広島川内

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
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。	一人ひとりの生活や趣味嗜好を前もって把握しておき、張り合いや喜びがある日々が送れるように出来る事を目標として行っている。(例えば洗濯たため、掃除など)		
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。	利用者の体調、天気をみながら散歩や買い物、行事への参加など、ホーム内だけではありません、出来るだけ外気を肌で感じ活力につながるよう支援している。	ホームの立地している場所が散歩に最適で、天候の許す限り散歩は殆ど毎日行っている。その他買い物兼ねての外出を2～3人づつ交代で支援して喜ばれている。花見やもみじ見物には毎年出かけているが、近隣地のみでなく、今後は遠出等も企画してみたい希望を持っている。	
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(お小遣い)はホームでお預かりしているが、要望があった時にはスタッフ同行で買い物に出かけている。本人の力に応じてお金を使えるように支援している。		
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。	本人希望により支援している。携帯電話をお持ちの方もおられ本人自ら電話をされている。		
52	19	居心地の良い共用空間づくり 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。	リビング兼食堂は明るく風通しの良い開放感のある室内となっている。和室もあり、落ち着いて休め過ごしやすいスペースになっている。ホール内は季節にりより飾り付け等取り入れており家庭的で和める工夫をしている。	1階ユニット(せせらぎ)は南向きのウッドデッキに面し、2階ユニット(しらかば)にはベランダがあり、共に直射のないやわらかな採光となっている。室内は季節感を取り入れた手作りの装飾がされ、家庭的な穏やかさを醸し出されている。リビングでは食事前のひと時をテーブルを囲んで職員とかるたを楽しんでいる数人の笑顔の入居者が居られた。	
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。	リビング兼食堂は食卓と椅子が置いてあり、自由に座って話が出来スペースとなっている。また、ソファが窓側に置いてあり腰掛けられるようになっており、独りになることもでき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 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。	ご本人の馴染みの家具や、生活用品を使用している。また作品の飾りつけがされており、居心地よく安心して過ごせる居室となっている。	居室は壁面がクローゼットとなって、居住空間がフラットで広く使用でき、自宅から馴染みの椅子や小物入れ又小型冷蔵庫等も持ち込まれて居心地の良さに近づけるよう工夫されている。担当制の職員が入居者と共に清掃を行い衣服管理等をしてより一層居心地の良い日々が過ごせるよう努めている。	
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」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。	建物内部では手すり(トイレ・廊下・浴室)等で自立できるよう整備されており、安全に生活できるようにまた、自室やトイレは場所がわかるよう表示等して工夫している。		

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。		ほぼ全ての利用者の 利用者の3分の2くらいの 利用者の3分の1くらいの 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		毎日ある 数日に1回程度ある たまにある 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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した表情や姿がみられている		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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、安心して暮らせている		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族と 家族の3分の2くらいと 家族の3分の1くらいと ほとんどできていない

ニチイケアセンター広島川内

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		ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに 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や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		大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている		ほぼ全ての職員が 職員の3分の2くらいが 職員の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族等が 家族等の3分の2くらいが 家族等の3分の1くらいが ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 ニチイケアセンター広島川内

作成日 平成 24年 10月 29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組み内容	目標達成に要する期間
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

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。