

(様式1)

1 自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 2年 3月 3日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200270		
法人名	(株)ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター南観音		
所在地	広島市西区南観音2-9-19 (電話) 082-532-1801		
自己評価作成日	令和2年1月15日	評価結果市町受理日	

※ 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URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/34/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JigyosyoCd=3490200270-00&ServiceCd=320
-------------	---

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	特定非営利活動法人 FOOT&WORK
所在地	広島県安芸郡海田町堀川町 1番8号
訪問調査日	令和 2年 3月 3日 (火)

【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）】

入居者様が、ご自分の家のように過ごして頂ける様な雰囲気を保ちつつ、近所の方にボランティアとして歌声広場(月2回)やリハビリ体操(毎水曜日)などのレクリエーションを開催したり、地域の方にも気軽に来所でき交流がとれるホームにしています。ケアスタッフに関しては報告・連絡・相談を徹底し、入居者様・デイ利用者様の個々の最新の情報を統一して、その方に適したケアを行っています。月に一度、ホーム会議やカンファレンスなどでスタッフ全員で意見交換を行い、緊急・トラブルに関して適切に対応がとれるようにしています。又、スキルアップテストや個人情報保護に関するテスト、認知症についての研修等を行いケアスタッフの向上を図っています。外部関係者の方々とは連携を図り、ご家族様・医療関係者と協力し安心して過ごして頂けるよう環境作りを常に心掛けています。

【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）】

ニチイケアセンター南観音は、共用型認知症ディサービスにも対応しているホームで、送迎も対応しているホームで、送迎も行っているが今は、利用・対象者は居られない。町中にあり、最寄りのバス停からは、徒歩3分で、近隣にスーパーや病院もあり、利便性がある。「利用者の心に寄り添ったケア」を理念とし、スタッフで、「顔見て 目を見て にっこり挨拶」を皆で、取り組んでいる。又、利用者一人ひとりの人格を尊重し、家庭的な雰囲気を大切に、安心安全な暮らしをサポートしている。地域との交流もあり、ボランティアの方が、歌声広場(月2回)やリハビリ体操(毎週水曜日)を開催し、気軽に来所でき、交流されている。

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
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。	毎朝、会議の開始時に社是である”誠意・誇り・情熱”を唱和し、入居者の心に寄り添ったケアを掲げ、日々理念の実践に取り組んでいる。	社是やホームの理念は、玄関や事務所・リビングルーム等の目につくところに掲示しており、ホーム会議時に皆で、唱和している。職員は、その理念を共有して実践に繋げている。	
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。	地域の方や地域のボランティアの方に気軽に来訪して頂き、ホーム内での交流も図っている。また、地域の人たちとの交流も兼ねて地域行事に参加している。	地域の秋まつりには、神輿がホームの玄関前まで来てくれ利用者も迎えたり、ニチイ祭りには、地域の方や子供達が来て一緒に遊び喜ばれている。又、ボランティアの方が、フラダンスやどじょう堀い・ハーモニカ等を披露して下さり、交流している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	町内会をはじめとする役員の方に介護等についてお困りの方がいらっしゃれば声を掛けてほしい。と要望している。又、気軽に相談できるよう、直接ホームへ来所して頂き、見学会・相談を常時行っている。		
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。	2ヶ月に1度、家族様・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開催している。内容は、主にホームでの行事や取組み、入退去・入退院・職員状況や研修内容を報告し、出席者の意見を頂き、ホームの運営に活かすよう取り組んでいる。	運営推進会議は、2ヶ月に1回、地域包括支援センター職員・民生委員・町内会長・利用者・家族・管理者等で開催され、入居者状況報告、施設行事、事故報告等を行い、出席者からの意見を聞き、検討しサービスの向上に活かすようにしている。	
5	4	○市町との連携 市町担当者とは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、町内会長へのご挨拶、地域包括支援センターなどへ訪問し、助言を頂き、改善に取り組んでいる。	運営推進会議の報告を定期的に行っている。申請書類の提出や報告を行い、助言等を頂き、改善に向け取り組んでいる。	
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。	毎月、「身体拘束廃止委員会」を行っている。また、常日頃から日常生活の中に身体拘束に繋がる事がないか確認を行うと共に、身体拘束の知識がない家族様にも説明を行い理解を頂けるよう努めている。	毎月、身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束をしないケアに向け取り組んでいる。仮に身体拘束に繋がるかどうかの確認をし(センサーマット)検討会を開き、家族にも必ず同意書を定期的に頂いている。日中、玄関ドアは、施錠しておらず、開放感がある。	
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。	高齢者虐待防止スローガンとして、「虐待をしない・させない・見逃さない」を掲げスタッフに周知徹底している。毎月のユニット会議にて入居者状況の情報共有を図り、ホーム会議などで研修を受けた職員が高齢者虐待防止の研修をホーム会議で行い周知している。		

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。	ホーム会議にて、権利擁護の研修を受講した者がスタッフに研修を行い、正しい知識を習得している。		
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。	入居前には家族様・入居者様に当ホームの契約内容の説明、解約時の対応も含め、お伝えしている。又、疑問がある場合も適宜お答えし対応している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員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。	運営推進会議の開催日を、利用者様・家族様にお伝えし出来るだけ出席して頂き、意見・要望等を真摯に受け止め、改善に努めている。改善後は電話や手紙にて報告を行っている。又、入居者様の日々の様子は毎月のお便りにて家族様に報告させて頂いている。	利用者・家族の意見は、運営推進会議に参加されている時や南観音だよりでお知らせしたり、面会時にも聞くよう心掛けている。又、聞きやすい雰囲気づくりにも気を配っている。	
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。	スタッフが意見や提案を述べられるよう、ホーム会議・ユニット会議を意見の場としている。	最近、管理者・ホーム長が、変わられた事もあり、まずはしっかりと職員の声を聞く体制にしており、信頼関係の下で、話しやすい雰囲気を大切に心掛けている。	
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。	給与に、処遇改善手当て・キャリアアップ制度を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。	法人内外の研修が受けられるよう、案内を知らせて参加してもらっている。研修終了後はホーム会議やユニット会議にて全員に研修内容を報告してもらい、全員に周知している。また、ユニットリーダーを中心として介助場面でのOJTに努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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。	代表者が同業者施設へ見学・勉強会に出向き交流を行っている。また、勉強会後はホームへ持ち帰り、会議などの場にて同業者が行っている活動やサービスを職員に報告し当ホームのサービス向上に役立っている。		

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
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。	インテーク時(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際は、傾聴し本人様・家族様の気持ちを汲み取れるよう努力している。アセスメント後は職員へ報告しアセスメントの共有を行っている。プランに関しては利用開始時と開始後1ヶ月でモニタリング・カンファレンスを開催し、追記・書き替えを行っている。		
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。	自宅・入院先などに outgoing 本人様・家族様との面談を設け、入居前アセスメントを行っている。困っている事や要望を傾聴し、入居後も随時連絡を取り合い信頼関係を築ける様に努めている。		
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。	開始前に自宅・入院先などに outgoing、本人様・家族様が困っている事や要望を傾聴しアセスメントを作成。信頼関係を築ける様に努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	調理・掃除・整理整頓など本人様が出来る事を見極め、スタッフと共に行っている。		
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。	家族様来所時には、入居者様の日々の情報交換を行い、来所が難しい家族にも状況がわかる様手紙で報告を行っている。		
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・知人が来所されたり、電話などで関係を続けておられる。又、友人・知人様からの言葉も傾聴し本人様の生活スタイルなどに反映させて支援を行っている。	馴染みの美容院に行ったり、正月には、自宅に帰り、近所の方と話が出来たり、日常的に友人・知人がホームに訪ねて来られたりと本人と馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。	
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、孤立しない様にテーブル間の位置の工夫、職員を間に入れたコミュニケーション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。	退去される利用者様、家族様には困り事があれば気軽に声をかけて頂く様退所時にお伝えし、必要に応じた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
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。	様々な角度からアセスメントを行っている。また、本人様が生活する上での希望や意向を確認し、その都度検討を行っている。聞き取りが困難な場合は家族様からの情報や、本人様の表情、言動等から汲み取り、本人本位に検討している。	日々の生活の中や散歩の途中、リラックスして本音を話された時などを介護記録に具体的な言動・場面で思いなど書き留めたりして、支援に努めている。(1日に1回、コーヒーが飲みたい等)	
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。	初回面談は必ず自宅や入院先の病院を訪問し、本人様・家族様・居宅介護支援事業所のケアマネージャー・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。	日々の申し送り、ケアカンファレンス、コミュニケーションノート等でスタッフ間の情報共有をし、心身の状況把握に努めている。		
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。	目標期間に合わせて、本人様・家族様の意見や要望を聴いたうえでケアカンファレンスを行い、入居者様本位のプラン作成を目指している。状況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開催し、介護計画の作成に取り組んでいる。	本人・家族の意見や要望があればカンファレンスノートに記入して、ホーム長・ケアマネ・スタッフ等で総合的な援助方針を検討し、介護計画を作成している。ケアプランは6ヶ月で見直しをしているが、利用者の状況に変化があればその都度見直し、現状に即した介護計画を作成している。	
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。	スタッフ全員で、介護記録・管理日誌・受診記録・日常生活支援シートなど様々な帳票を利用し情報共有を行い、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の変化や状況に応じて必要と思われるサービスの導入、又ケアの方法を変更し、スタッフ間で統一したケアができる様努めている。また、グループの総合力を活用した社会資源と連携して通院や自由な外出が可能になっている。		
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)地域やホームのイベント交流を通して相互理解を図り地域の一人としての存在感が得られるように働きかけている。		
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、主治医の希望をお伺いし、希望のまま入居して頂いている。提携医は隔週往診・週一回の訪問看護・月に一回皮膚科往診・必要に応じて訪問歯科なども利用している。心身の状態などを報告・連絡・相談を密にし適切な治療と専門医の紹介もして頂いている。	入居されて利用者の要望に合わせて、馴染みの主治医を希望された場合は、今までのまま受けている。提携医は、月に2回の往診があり、訪問看護は健康チェック等に週1回、訪問歯科は、希望され必要とされる方が、利用される等、適切な医療を受けられるように支援している。	

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
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、週一回の看護師の訪問時は、スタッフ、看護師と情報共有できる帳票にしている。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。	入院時は日常生活の様子を記載したサマリーを提出し、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。また定期的に入居者の状況把握に努め必要に応じて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い、疑問にもお答えしている。重度化した場合、本人様・家族様の意向を尊重し、ホームで行える事と行えない事を伝え、その中で最良の支援ができるよう取り組んでいる。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」を説明している。実際に重度化した場合は、家族やかかりつけ医、職員等、担当者会議を行い、ホームにて対応が可能な限り、医師と連携を図りながら、取り組んでいる。	
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。誤嚥窒息時の対応に備えてタッピングやハイムリック法などのOJTに努めている。		
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。	町内会の方へ災害時に協力を頂くよう依頼している。年に二回、消防署立会いの下、避難訓練を行い助言等を頂いている。また、常日頃からホーム会議にて災害時の退避場所、避難経路の把握を行い、災害時に備えて非常食を常備している。	年2回、避難訓練を行っている。その内1回は、消防署の立ち合いの下、水消火器を使っての訓練を行ったり、避難経路を確認したりしている。今後は水害対策として、利用者を3階に誘導できるよう検討している。	
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。	入居者様のプライドや自尊心を傷つけるような言葉使いや対応にならないよう努めている。また、入浴や排泄時には、羞恥心への配慮を行っている。	年1回、プライバシー保護の研修を行っている。個人情報においては、ニチイのテストを年1回は、実施している。特に言葉掛け・言葉遣いには、職員同士も気を付けている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	入居者様の訴えはゆくりしっくり聞こう努力を行っている。また、自己主張をしっかりとされる方に関しては、ケアプランにも位置づけ自己決定の支援を行っている。		
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。	ホームでの基本的な生活ペースはあるものご本人の意向と自己決定を尊重し、状況に応じた柔軟な対応が出来る様心掛けて支援している。		

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	
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。	2ヶ月に1度、美容師の方には出張利用に来てもらい本人家族の希望に沿って行っている。中にはカットだけではなくパーマなどのお洒落を楽しまれている方もおられる。スタッフがご本人の趣向やご要望を把握してフォローしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	季節ごとに旬な食材を使用し、個々に合わせた食事形態で提供させて頂いている。入居者様の希望も聞きながら偏った食事にならないよう配慮し、季節の行事に合わせて行事食なども取り入れて食事を楽しんで頂いている。また、入居者様にはテーブル拭きや食器拭き等、出来る範囲でお手伝いして頂き、習慣に応じた支援を行っている。	食事は、3食手作りしており、献立も偏った食事にならない様、バランス良く考えておられ、時には、利用者の好みを取り入れている。月2回は、出前の日もあり、握り寿司やお好み焼等を取り入れ楽しみにされている。おやつも手作りで、ホットケーキやおはぎ作りをしている。お手伝いされる方は、食器拭き等、出来る事をされている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	入居者様に合わせた食事等、食事形態(ミキサー食・刻み食)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を行い、ひとりひとりの状態に応じて支援できるようにしている。			
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、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、口腔ケアの声かけを促し実施。ご自身で出来ない方は協力動作を促しながら介助している。口腔状態の把握を行い必要に応じて訪問歯科の治療や歯科衛生士の居宅療養管理指導を受けている。また、口腔衛生管理体制加算を算定しており、月に1度歯科医師、又は歯科医師から指導を受けた歯科衛生士から口腔内に係る助言・指導を受け、スタッフに情報共有している。			
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。	できるだけトイレで排泄ができるよう、入居者様一人ひとりの排泄の記録を行い、排泄パターンを把握している。	利用者一人ひとりの生活リズムもあり、パターンシートに記録をして、出来るだけ日中は、トイレでの排泄を声掛け、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。	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さず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、適宜服用する事もある。			
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。	週に2~3回に1回は入浴して頂いている。その他にも、出来るだけ本人様の要望に合わせて気持ちよく入浴できるように支援している。	利用者の体調やタイミングに合わせて、週2~3回入浴している。入浴嫌いの方もおられ、声掛け誘導したり、担当を変えたりして、気持ち良く入浴されるように支援している。		
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。	利用者の生活パターンを把握し心身の状況の変化に対応し安眠・休息がとれるように支援している。			
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。	個人ファイルに一人ひとりのお薬情報を綴じて、スタッフが薬の目的や副作用、用法容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。			

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支援している。(例えば洗濯たたみ、掃除、生け花など)		
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。	天候が良い日は、入居者様の体調に考慮しながら散歩や買い物、行事への参加など、ホーム内だけでなく、外気を肌で感じ楽しみに繋がるよう支援している。	利用者の体調や気候に合わせて散歩に出かけている。時には、食材の買い付けに職員と出掛ける事もある。マリーナホップや近所に花見に行くテーブルや椅子を用意して下さる馴染みのお宅もある。家族にも協力してもらい、外出される方も居られる。	家族からの要望もあり、職員の配置も考慮しながら、個別で対応するよう望みます。
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。	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たり、出張パン屋で買い物を楽しまれている。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。12月には、利用者が家族様宛に年賀状を作成し季節を感じられる支援を行っている。		
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。	リビング兼食堂は風通しが良く、明るく開放感のある空間となっている。和室もあり、リラククスして休め過ぎしやすいスペースになっている。季節に応じて飾りつけを行い、家庭的で和める工夫をしている。	玄関は入りやすく、直ぐに対応してくれる。リビング兼食堂は、大きな窓から、陽射しが差し込んできて明るい。廊下も広く車椅子使用もゆったりとして可能。リビングの壁面には、利用者と一緒に作成したはり絵があり、家庭的な雰囲気が感じられる。畳のコーナーもあり、休むこともできる。それぞれが好きな場所で、椅子やソファーに座り、自分の居場所がある。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	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、ソファーが窓際に置いてあり腰掛けられるようになっており、独りでゆっくりする事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、本人様・家族様と相談し、家庭で使われていた馴染みの家具や、生活用品を使用している。また、ホーム内で作った作品や写真の飾りつけがされており、居心地良くリラククスして過ごせる居室となっている。	本人の馴染みの筆筒・テレビ・机・椅子・ソファー・仏壇を持ち込まれている方もあり、思い思いに家族写真やレクで作られた自分の作品が飾られ、居心地よく過ごせるよう工夫されている。	
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。	建物内部では手摺、(トイレ・廊下・浴室)等で安全で自立した生活ができるよう整備されている。又、自室やトイレは場所がわかるよう表示して工夫している。		

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。	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の3分の2くらいの ③利用者の3分の1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	○	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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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した表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1くらいが ④ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の3分の2くらいが ③利用者の3分の1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	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の3分の2くらいと ③家族の3分の1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	○	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
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	○	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、活き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が ②職員の3分の2くらいが ③職員の3分の1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3分の2くらいが ③利用者の3分の1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3分の2くらいが ③家族等の3分の1くらいが ④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南観音

作成日 令和 2年 3月 3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	49	外出機会が少ない	定期的な散歩の実施	外気(季節)を肌で感じていただけるようユニットに捉われず、ホーム全体で声を掛け合い外出できるようにする。	1年
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。