

### 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   | 3590600106           |           |           |
| 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防府 ニチイのほほえみ |           |           |
| 所在地     | 山口県防府市敷山町14-1        |           |           |
| 自己評価作成日 | 平成 25年 10月 31日       | 評価結果市町受理日 | 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ホームページで閲覧してください。

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kai gokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=35">http://www.kai gokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=35</a> |
|----------|---|

【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 やまぐち介護サービス評価調査ネットワーク |
| 所在地   | 山口県山口市吉敷下東3丁目1番1号 山口県総合保健会館内   |
| 訪問調査日 | 平成 25年 11月 11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)】

ニチイのほほえみの理念の基  
 ・ほほえみ(笑顔)が入居者からも、職員からも絶えず見られるよう  
 ・穏やかに過ごせる環境を提供する。  
 ・地域と協力し、安心・安全を提供する、以上を信条として入居者おひとりおひとりの心身の状態と個々の生活歴を尊重したなじみの生活環境作りに配慮し、家庭的な雰囲気の下、スタッフと共に有する能力が生かせるよう、またその能力に応じて役割を担ってもらい日常生活が継続できるよう支援いたします。

センター方式のシートを活用され、利用者の生活歴や好み、希望などの具体的情報を記録され、これまでの暮らし方の把握に努めておられます。日々の関わりの中では穏やかな言葉かけをされ、利用者の言葉や表情などを、職員は介護記録に、計画作成担当者は日常生活支援記録に記録され、それぞれの視点から話し合いをされ、一人ひとりの思いの把握や意向の把握に努められ、したいこと、行きたいところなどの希望の実現に取り組んでおられます。地域の人からの差し入れの野菜や事業所の畑で取れた野菜など旬の食材を利用され、利用者の好みや栄養バランスに配慮した献立で、三食とも事業所で食事づくりをしておられます。食器の工夫や盛り付けの色彩、食べやすいよう一人ひとりにあった形態の工夫など、細やかな気づかいをされ、利用者が食事を楽しめるように支援しておられます。

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 |   |
|-----|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----|---|-----------------------------|---|
| 57  | 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<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 | 64  | 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         | ○                           | 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    |
| 58  | 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<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                | 65  | 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<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 59  | 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<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  | 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 | ○                           | 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. 全くない            |
| 60  | 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<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  | 職員は、生き活きと働けている  | ○                           | 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       |
| 61  | 利用者は、戸外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<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<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    |
| 62  | 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<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  | 69  | 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<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 |
| 63  | 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<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

| 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                      | 地域密着型サービスとして、GHの基本方針から学び直す機会を持ち、事業所の理念の理解を得るようにする(拠点内研修にて実施中)  | 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念をつくり、事業所内に掲示している。内部研修で理念を理解し、職員間で共有して、理念の実践につなげている。   |                   |
| 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                      | 地域支援事業の一環として、地区民生委員へ働きかけて、認知症や介護に関する知識の普及啓発、転倒予防のための体操指導など出張講座を開催したり、地域からのご案内で盆踊りの参加や自治会での清掃活動に参加している。 | 自治会に加入し、年2回の清掃活動に職員が参加している他、盆踊り大会に利用者と一緒に参加している。事業所主催のニチイ祭りには、毎年、地域の人や子どもたちの参加があり交流している。ボランティア(歌、安来節、大正琴、ダンスなど)の来訪がある他、地域の人から野菜の差し入れがあるなど、地域の人と交流している。 |                   |
| 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                    | 認知症・介護に関する知識の普及を出張講座にて図っている  |  |                   |
| 4                  | (3) | ○評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる。                | 自社の自己評価において、要改善と指導された項目は直ちに改善に取り組むようこころがけており、併せて外部評価での指摘事項に関しても改善策を講じている                               | 月1回のミーティング時に職員から聞き取りをして、管理者と計画作成担当者がまとめている。災害時に近隣の住民や運営推進会議メンバーに協力を得られるように働きかけるなど、改善に努めている。  | ・全職員での自己評価への取組み   |
| 5                  | (4) | ○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 | 運営推進会議議事録のファイリングと申し送り時に内容を口頭にて伝えている(H24年外部評価目標達成計画)  | 2ヶ月に1回開催し、利用者の状況や活動状況、職員の異動、事故報告等をしている。勉強会(筋力アップ体操、熱中症、冬の感染症等)を実施し、災害時(風水害)の対応や勉強会のテーマについて話し合いを行なっている。災害時の地域との協力体制の必要性について話し合い、意見をサービス向上に活かしている。       |                   |

| 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 |
| 6  | (5) | ○市町との連携<br>市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる   | 介護保険上の疑問は、市の担当者に随時質問し、指導を仰ぐようにしている   | 担当課とは運営推進会議時の他、電話や直接出向いて、介護保険についての疑問や解釈等について相談し助言を得たり、情報交換するなど、協力関係を築くように取り組んでいる。地域包括支援センターとは事業所の実情や地域の状況について情報交換をする他、感染症についての助言を得るなど、連携を図っている。 |                   |
| 7  | (6) | ○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 | 高齢者虐待の一環として「身体拘束」に関する拠点内研修を実施し、スタッフの確認を促すように努めている。身体拘束の必要がある利用者に関しては身体拘束委員会を開き「拘束」の是非を検討する社内規定あり | 内部研修を実施し、職員は、身体拘束の内容や弊害について理解して、玄関には施錠を含めて、抑制や拘束をしないケアに取り組んでいる。スピーチロックについては管理者が指導をしている。   |                   |
| 8  |     | ○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                                     | 拠点内研修の実施。他事業所で発生した事例を申し送りや研修時にスタッフへ周知し、常に「虐待」について意識させる   |   |                   |
| 9  |     | ○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                                 | 実際に成年後見制度を利用している入居者がいるので業務の中で理解している  |   |                   |
| 10 |     | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約前に施設見学及び事前説明を実施している。重要事項を説明し、納得の上契約の取り交わしを行っている  |   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等からの相談、苦情の受付体制や処理手続きを定め周知するとともに、意見や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                    | 重要事項説明書第17条に明記し、契約時に口頭説明を行っている。運営推進会議の場で意見交換・要望を聴いたり、面会時にCMあるいはスタッフが家族へアプローチし意見を聴いている            | 相談、苦情の受付体制や処理手順を定めて契約時に利用者と家族に説明をしている。運営推進会議時や事業所の行事参加時、面会時等に直接聞く他、年1回、本部によるアンケートで家族の意見や要望を聞く機会を設けている。居室環境や外出についての要望があり、運営に反映させている。             |                   |

| 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 |
| 12                           | (8) | ○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                                      | 毎月拠点会議を実施しており、スタッフの共通意見を聴くように努めている。また管理者に直接意見の言える関係作りを意識している | 管理者は月1回のミーティング時や個人面談で、職員の意見や提案を聞く機会を設ける他、日常業務の中で話しやすい雰囲気をつくり、意見や提案を聞いている。安全な介護技術や手順の共有についての提案を研修の実施につなげるなど、運営に反映させている。  |                   |
| 13                           |     | ○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      | スタッフの面談を随時実施し、スタッフ個々の意見の吸い上げの場としている                          |   |                   |
| 14                           | (9) | ○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         | 研修案内は随時情報を提供し、参加希望があれば、シフト調整など行い参加しやすい環境作りをしている              | 外部研修は情報を伝え、希望者には勤務調整などして参加の機会を提供している。内部研修は年間計画を作成し、管理者や計画作成担当者を講師として月1回、身体拘束やプライバシー保護、認知症、緊急時対応等について実施している。欠席者には資料を配付し、情報を共有している。新人研修は本部で実施する他、日常の業務の中で介護知識や技術を学べる様に支援している。山口県宅老所・グループホーム協会の年4回のブロック研修会に参加している。 |                   |
| 15                           |     | ○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 | 宅老所・グループホーム連絡協議会に参加し、総会・ブロック研修会などに参加、研修会の立案・計画を行う            |   |                   |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |   |                   |
| 16                           |     | ○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           | 自宅や、利用施設に赴き、本人や家族と面談を行っている。利用前に施設見学をしてもらっている                 |   |                   |

| 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 |
| 17 |      | ○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           | 利用開始前の面談や施設見学に本人や家族の要望を聞き取っている                                       |   |                   |
| 18 |      | ○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       | 利用開始前に、前担当介護支援専門員からの情報提供を依頼し、本人と家族の関係を見極めながらアセスメントしている               |   |                   |
| 19 |      | ○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                       | 利用者と共に過ごす時間を大切にし、本人を介護を受けるだけの立場に置かず、一緒に作業を行ったり、出来る事は自分で行えるようサポートしている |   |                   |
| 20 |      | ○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        | 本人と家族それぞれの意見・要望を聞いて関係調整に努めている  |   |                   |
| 21 | (10) | ○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                    | きせつの行事や誕生会に、家族に参加してもらい、冠婚葬祭にも出席できる支援をしている                            | 家族や親戚の人、友人の来訪があり、自宅周辺のドライブ、手紙や電話の支援をする他、家族の協力を得て外食、外出、墓参り、自宅への一時帰宅など、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援に努めている。 |                   |
| 22 |      | ○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                | 利用者同士の関係性を見極め、フロアでの席に配慮して、一緒に活動する機会を作っている                            |   |                   |
| 23 |      | ○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 | 入院の場合は面会に行ったり、家族からの相談に応じたり、関係施設との情報交換をして連携を図っている                     |   |                   |

| 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 |
| <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> |      |  |  |   |                   |
| 24                                 | (11) | ○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   | 日々の関わりの中で、入居者の言動の中から希望や意向を汲み取るように努力している                  | センター方式のシートを活用する他、日々の関わりの中での言葉や表情を日常生活支援記録や介護記録に記録して、共有し、思いや意向の把握に努めている。足湯が好きという利用者の思いを職員間で話し合い、介護計画に取り入れて足湯への外出支援をしている。困難な場合は職員間で話し合い、本人本意に検討している。                      |                   |
| 25                                 |      | ○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                                       | 本人や家族、知人から話を聴きセンター方式によるアセスメントにて分析している                    |   |                   |
| 26                                 |      | ○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   | 穏やかに過ごせ、安心できる居場所作りに努め、生活の中で本人の力が発揮できるようなケアに努めている         |   |                   |
| 27                                 | (12) | ○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回の会議でサービス担当者会議を開き、支援目標の検討やケアの統一などスタッフ間での情報共有を図っている     | 利用者の担当職員と計画作成者を中心に毎月1回、ケアカンファレンスを開催し、本人や家族の要望、主治医や看護師、職員等の意見を参考にして話し合い、介護計画を作成している。短期目標に合わせてモニタリングを実施し、3ヶ月から6か月で見直している他、状況の変化や要望があった場合はその都度モニタリングを行い、現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 28                                 |      | ○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                        | 日常支援シートを作成し全スタッフ共通の認識でケアにあたり、問題点は申し送り時や、会議で話し合い、改善に努めている |   |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○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                            | 訪問診療・訪問看護・訪問マッサージ、出張を利用したり、地域のボランティアを活用している  |  |                   |
| 30 |      | ○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                                      | 権利擁護事業や成年後見制度の利用で生活支援を行っている  |  |                   |
| 31 | (13) | ○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                                  | 提携医による往診は隔週にて実施かかりつけ医や専門医への受診についても支援している   | 以前からのかかりつけ医の他、協力医療機関をかかりつけ医としている。協力医療機関からは、2週間に1回の往診があり、訪問看護師による週1回の健康観察を実施している。事業所は訪問看護師に健康情報を提供し健康管理に努め、緊急時や他科受診も含めて受診支援をしている。受診結果は家族と共有する他、緊急時の対応等についても話し合い、適切な医療を受けられるように支援している。 |                   |
| 32 |      | ○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                          | 医療連携により週1回訪問看護師が来所。健康状態の情報提供をし、健康管理に努めている  |  |                   |
| 33 |      | ○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。 | 入院施設へは介護サマリー、施設へは退所時サマリーを提供し情報交換を行っている。入院中は、主治医・病棟師長・SWと連携をとり退院後の生活に支障のないよう対応あひびっている |  |                   |

| 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         |
| 34                               | (14) | ○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    | 重度化した場合の処遇を家族と話し合い、提携医や訪問看護師の協力体制を整えるなど相互の調整を図るように配慮している                               | 契約時に事業所でできる対応について利用者と家族に説明をしている。実際に重度化した場合には、家族、医師、看護師等と話し合い、方針を共有して支援に取り組むこととしている。  |                           |
| 35                               | (15) | ○事故防止の取り組みや事故発生時の備え<br>転倒、誤薬、行方不明等を防ぐため、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組むとともに、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、実践力を身につけている。 | 転倒・行方不明に関するマニュアルは常時閲覧可能な場所においている。事故発生時もしくはヒヤリ・ハットが発生した場合は事故報告をし、他スタッフへの申し送りや緊急会議を開いている | 事故が発生した場合は「事故トラブル、苦情報告書」にその日の職員が記録し、緊急ミーティングを開いて対応策を検討し、共有して、一人ひとりの事故防止に取り組んでいる。年1回、救急救命法を受講する他、感染症、熱中症の勉強会を実施しているが、応急手当や初期対応の定期的訓練にまでは至っていない。                   | ・全職員による応急手当や初期対応の定期的訓練の実施 |
| 36                               | (16) | ○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  | 防火管理者を選任し、避難訓練を実施。運営推進会議の議題にあげて、行政からの指導を受けたり、地域の方から防災状況を聴くなどして態勢を整えている                 | 消防署の協力を得て年2回、昼夜の火災を想定した避難訓練、避難経路の確認、通報訓練、消火訓練を利用者と一緒に実施している。運営推進会議で風水害等の対策や地区自主防災組織について話し合いをしている。他、事業所を避難場所として提供することについて地区福祉部長と話し合いをしているが、地域との協力体制を築くまでには至っていない。 | ・地域との協力体制の構築              |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |  |  |                           |
| 37                               | (17) | ○一人ひとりの人格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   | 拠点内研修でプライバシー保護や接遇について学び、日々の声掛けや対応に留意している   | プライバシー保護や接遇について内部研修を実施し、職員は理解しており、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。不適切な対応があれば管理者が指導をしている。個人記録の取り扱いには留意し、守秘義務について遵守している。                                   |                           |

| 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 |
| 38 |      | ○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                     | 本人の意向を推測して、選択肢を示し、自己決定のしやすいよう助言を行っている   |  |                   |
| 39 |      | ○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 | 入居者ひとりひとりの食事・睡眠・排泄の時間生活習慣の把握に努め現有能力を發揮できる場を提供できるよう支援している                                |  |                   |
| 40 |      | ○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                                  | 整容(整髪・化粧)などこれまでの習慣が維持できるよう、出張散髪を利用するなどしている  |  |                   |
| 41 | (18) | ○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     | 献立を一緒に決めたり、旬の食材を取り入れた食事作りを心掛けている  | 地域の人からの差し入れの野菜や事業所の畑で取れた野菜など旬の食材を使って、利用者の好みをとり入れ、栄養バランスに配慮し多献立で、三食とも事業所で食事づくりをしている。利用者はおしぼりたたみを職員と一緒にしている。職員は利用者が食べやすいようにペースト状にしたり、個々にあった刻みの大きさや季節感、色彩、温かいものは温かく出すなどの工夫をしている。季節の行事食やおやつづくり(ドラ焼き、フルーチェ、フレンチトーストなど)をする他、家族の協力を得て外食をするなど、食事を楽しむことができるように支援している。 |                   |
| 42 |      | ○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          | 献立は管理栄養士の指導の下、1500kcal/日で提供し、水分摂取量は個別にチェックしている。食事形態もミキサー食、刻み食、一口大等、入居者の摂食能力に応じた物を提供している |  |                   |

| 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 |      | ○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、見守りや介助で口腔ケア(義歯の管理)を行っている                         |  |                   |
| 44 | (19) | ○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向けた支援を行っている          | できるだけ、本人の意思表示と能力を考慮し介助を行っている。排泄パターンを把握しトイレへの誘導を行っている | 排泄チェック表に記録して、一人ひとりの排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた言葉かけや誘導を行い、トイレでの排泄支援を行っている。  |                   |
| 45 |      | ○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                          | 食事及び水分量や内服薬の腸への影響を把握しスタッフ間で情報を共有しながら調整を図っている         |  |                   |
| 46 | (20) | ○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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴は14時～17時の間で実施している。入居者の希望や体調を確認し、個浴又は機械浴で介助している     | 入浴は14時から19時までの間で、週2～3回の入浴としているが、希望すれば毎日でも入浴できる。利用者の希望や状態に合わせて、個浴や機械浴、シャワー浴、足浴、部分浴、清拭などの対応をしている他、柚子などを入れて、季節を感じるなど、入浴が楽しめるように支援している。入浴したくない人には職員の交代や言葉かけの工夫をしている。 |                   |
| 47 |      | ○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                           | 睡眠状態、体調を把握し臥床を促したり居心地の良い場所で過ごせるよう配慮している              |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 48 |      | ○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  | 処方箋の説明書は個人ファイルに保管し、処方箋一覧表でも確認できるようにしている。服薬介助服薬確認を行い、利用者の状況を確認している    |   |                   |
| 49 | (21) | ○活躍できる場面づくり、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                     | 得意なことや好きなことを生活の中で行える場面づくりを行うと共に家事への参加を促している。                         | 音楽を聴く、歌を歌う、テレビ視聴、折り紙、雑誌を見る、おしぼりづくり、洗濯物たたみ、さつまいも掘り、季節の行事(節分、七夕、夏祭り、盆踊り、敬老会、クリスマス会など)、ボランティア(大正琴、ダンス、安来節、歌など)の来訪など、一人ひとりに合った楽しみ事や活躍できる場面づくり、気分転換の支援をしている。 |                   |
| 50 | (22) | ○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 | 外出支援は計画を立てて実施している。家族との外出は積極的に支援している                                  | 外気浴、地域の盆踊りの見学、足湯、花見、家族の協力を得ての夕食や外出、一時帰宅など戸外に出かけられるように支援している。  |                   |
| 51 |      | ○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                             | 金銭は拠点の金庫に保管、個別の金銭出納帳にて管理している。出納帳は家族の面会時に確認してもらっている                   |   |                   |
| 52 |      | ○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  | 手紙・電話のやり取りは自由に行える。手紙の投函はスタッフが代行。誕生日は敬老のプレゼントがあった場合は、お礼の電話をかける支援をしている |   |                   |

| 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 |
| 53 | (23) | ○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 | 環境整備のため定時、随時の掃除を実施。換気や採光にも配慮している。季節や行事に合わせて壁飾りなど入居書と共に作成している | リビングの窓からは山や田畑、中学校の校庭を眺めることができ、室内は窓から差し込む光で明るく、季節の花が活けてある。廊下の壁面には書画や写真が飾っており、台所から調理の音や匂いがしている中で、利用者はテレビの視たり、音楽を聴くなどゆったりと過ごしている。浴室やトイレには手すりを設置し、温度や湿度、換気に配慮して、居心地よく過ごせるように工夫をしている。 |                   |
| 54 |      | ○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  | 共有空間は40.87㎡と狭いため一人になれる空間の確保は難しい。居室で過ごされるときは努めて訪室している         |  |                   |
| 55 | (24) | ○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  | 家庭で使い慣れたタンスや小物入れなど持ち込んでもらい、できるだけ早期に環境に慣れることができるよう配慮している      | ベッド、テレビ、小タンス、サイドテーブル、長椅子、衣装ケース、加湿器、座布団、小物入れ、時計、鏡、造花、絵、写真等、使い慣れた物や好みのものを持ち込んで、本人が居心地よく過ごせるように工夫をしている。   |                   |
| 56 |      | ○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」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  | 床はバリアフリー、廊下、フロア、脱衣所、浴室、トイレには手すりを設置し、日常生活が出来るだけ自力で行えるようにしている  |  |                   |

## 2. 目標達成計画

事業所名 ニチイケアセンター防府 ニチイのほほえみ

作成日：平成 26年 5月 2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    | 全職員での自己評価への取り組み | 全職員が外部評価を受審することの意義を理解し、職業意識を高める | 評価結果の回覧を行い、新人職員にはオリエンテーション時に閲覧を促す。            | 1ヵ月        |
| 2        | 35   | 応急手当や初期対応の定期訓練  | 救命救急法を学ぶ機会を設ける                  | 外部評価受審後の12月に救命救急法を実施                          | 1ヵ月        |
| 3        | 36   | 地域との協力体制の構築     | 所属の町内会以外の近隣の地区の方との協力関係を築く       | 所属の町内会以外の近隣の地区の民生委員さんへのアプローチをし運営推進会議などにお誘いする。 | 3ヵ月        |
| 4        |      |                 |                                 |   |            |
| 5        |      |                 |                                 |   |            |

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。