

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 29 年 3 月 30 日

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3490200296		
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広島長楽寺		
所在地	広島市安佐南区長楽寺一丁目24-17 (電話) 082-830-3731		
自己評価作成日	平成29年1月1日		
評価結果市町受理日	平成 年 月 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	
-------------	--

### 【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 NPOインタッチサービス広島
所在地	広島市東区福田1丁目167番地
訪問調査日	平成 29 年 3 月 29 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）】

利用者様一人一人の気持ちや要望を、傾聴・共感するよう心がけている。ご本人の気持ちに寄り添い受け入れ、安心と安らぎを感じていただく中で、自然に馴染みの関係を築くように努めている。また、チームケアを重視し、ケアのアセスメント・ケアプラン・モニタリングのプロセスを全職員が共有した上で、利用者様の状況変化に合わせて尊厳のあるなじみの暮らしを支援している。また、当ホームは開所より10年を超える事業所であり、職員においても3年以上継続の勤務者が3割を超え、非常勤者においても稼働時間の多い社会保険加入の職員が多いことから一日・月・季節・年を通して入居者と接し、つながりのあるケアに取り組める事により馴染みの関係を築いている。そして、地域密着型サービスの事業者として、地域に根ざしたホーム・地域に開かれたホームづくりに力を入れている。

### 【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）】

○**地域・近隣との支え合う交流関係が強まってきている。**  
最近始めた回覧板を通じての町内会への行事お知らせやPRに加え、これまでの「ニチイまつり」、毎月の事業所行事と連動した見学会等を地道に続けることで、来訪者も増えており、地域と支え合う交流関係が徐々に深まっている。

○**介護計画の課題チェックフォローの仕組みが定着している。**  
介護計画はきめ細かく週間計画まで設定されている。3ヶ月毎のモニタリング、計画見直し、そのベースとなる「介護支援経過」も詳細に記録されるなど、仕組みが適格に運用され定着している。

○**法人の充実したバックアップ体制に支えられている。**  
家族アンケート、マニュアル整備、職員教育システムなど事業所運営の支えとなっている。

○**団地の中、住み慣れた街で、ベテラン職員と馴染みの関係を築きながらゆったりと過ごすことができるホームである。**

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。	法人理念の下、「ほほえみ長楽寺の誓い」を設定し毎朝朝礼時に唱和し理念を共有している。利用者が地域の一員として穏やかに暮らせる様、各ユニットの目標1Fは「やさしい声かけ」、2Fは「明るい笑顔」を設定し、実践に取り組んでいる。	法人の理念をベースにしたホームの独自理念が設定されている。朝礼での唱和を始め、あらゆる機会をとらえ繰り返し徹底がはかられ、全職員に共有されている。これを補完するユニット毎の目標も3年前に設定され、実践に向けた取り組みがなされている。	
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。	町内会に入会し、新年会・地域一斉清掃・町内夏祭りなど地域行事に参加すると共に日常的な挨拶や雑談など日頃の近所付き合いを大切にしている。また、災害時などは協力をお願いできるよう要請したり、ホームの消防訓練にも参加をお願いしている。	町内会にも入り、地域行事には出来るだけ参加するようにしている。また、地域の一員として、ご近所との日常の触れ合いや挨拶を大切にご近所づきあいを心掛けると共に、最近では回覧板で行事のお知らせやPRが出来るようになった。10月のニチイ祭り(フラダンスで盛り上がった)にはこれまでになく沢山の方々に来訪いただけるなど、交流が深まっている。	
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。	毎年秋に「ニチイまつり」を開催。地域の方や地域の子ども達にも来訪頂き、また、地域のボランティアの方にも参加頂き、利用者様と同じ時間を過ごして頂くことで認知症への理解や支援方法を自然に知っていただける機会になるのではと考える。また、共用型認知症通所介護を実施しており在宅でのご家族の介護負担の軽減へとつなげている。今後も地域や近隣に発信を続けたい。		
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。	ご家族・町内会役員や地域の方・民生委員・地域包括支援センター職員などを構成員として、2ヶ月に1回定期的に開催している。ホーム運営、活動状況、地域と交流状況・報告等を行い、ご意見や助言を頂き、開かれたグループホームを目指しサービスの向上に取り組んでいる。	2ヶ月に1回開催されている。参加者は、民生委員、地域包括センター職員、消防署職員、家族などで、事業所の近況、行事内容や予定などの説明の他、避難訓練など適宜必要な議題を取り上げている。意見交換し、サービス向上に活かしている。-	地域の方など参集範囲を広げ、より充実した運営推進会議になるよう更なる工夫を望みたい。
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組んでいる。	相談や連絡・報告を行っている。救急搬送などの事故報告やインフルエンザなどの感染症発生の報告は事あるごとに行い、運営推進会議には開催案内をして参加をお願いし、議事録やほほえみ通信を定期的に送付している。	通常の届け出や疑問点の確認の他、事ある毎に連絡や報告を行いながら、良好な関係づくりに努めている。運営推進会議案内、議事録提出の他「ほほえみ便り」も郵送している。	
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。	身体拘束に関する研修を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、やむを得ず身体拘束を行う事態になった際は、関係者に速やかに連絡・相談し、同意を頂いた上で適切に行い、その後も解除に向けて毎月定期的に身体拘束廃止委員会にて検討を行う定めとなっている。	身体拘束をしないケアを正しく理解し、実践されており、そのための研修や勉強会も実施されている。(殆どないが)止むを得ず実施する場合も家族の事前了解、拘束廃止委員会の設置が義務付けられている。日中、玄関及びユニット出入り口は施錠されていない。センサーを取り付け、見守り重視のケアで対応している。	
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。	高齢者虐待防止研修を定期的に実施し、理解浸透を図り法令順守に向けた取り組みを行っている。事例を取り上げ問題提起し話し合い、「しない」「させない」「みのがさない」をスローガンにし、意識の向上に努めている。また、管理者や会社は、職員と面談を適宜行い悩みなどを溜め込まないように留意している。		

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。	現在1名の方が後見人制度を利用され、制度がスムーズに行えるよう支援していると共に、職員も実際に制度の必要性を知る機会となっている。		
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。	契約時には事業所でのケアに対する取り組みや利用料金、起こりうるリスク等、また、利用者の状態の変化により契約解除に至る場合等を含み、詳しく丁寧に説明し同意を得るようにしている。また法改正や運営規程変更等による契約の内容に変更がおきるときも、運営推進会議での説明や説明会を設けたり、又は個別に説明をして同意を得ている。		
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。	利用者や家族の言葉や態度から、その思いを察する努力をし、その時々不安や意見等は各ユニットで情報共有をして各ユニット毎で話し合いを行い、利用者本位の運営を心がけている。また、ご家族来訪時の会話やアンケート・意見箱などで、ご家族の意見要望は真摯に受け止め改善に努めている。「ほほえみだより」を作成し、ご家族及び地域の方へホームの様子をお知らせしている。	面会時の話し合い、意見箱、アンケート実施など日頃から家族とのコミュニケーションを大切に、意見収集に努めている。利用者の様子を知らせる「ほほえみ便り」も郵送している。意見や要望が出れば、職員で話し合い、可能な限り、運営に反映させている。	
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・ユニット会議での研修を行うと共に、会議やミーティングの場で意見を述べられる体制を作っている。管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図るよう心がけ、職員の意見や要望を聞くように心がけている。個別面談も必要に応じて行っている。	ホーム会議やユニット会議での意見収集の他、管理者は日頃の話し合いや雑談を通じても意見を聴くよう努めており、提案や意見は多い。また、キャリアアップのための定期的個人面談も実施されている。意見は、可能な限り運営に活かし、意欲向上にもつなげている。	
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。	社内のキャリアアップ制度の活用によりスタッフのやりがいや技能能力を身に付け一定基準の昇給制度がある。また一昨年より資格手当の新設や増額、時間帯手当の増額、半休制度の新設を、昨年は社会保険加入者には一時金を支給するなど、はたらきがいのある手当を拡充した。処遇改善手当を毎月、処遇改善一時金を年1回2月に支給。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	社内研修では、入社時の採用時～3ヶ月研修・6ヶ月研修(時給者含む)・管理者研修が定められており、ホーム内では日常的に学ぶ事を推進し、毎月のホーム会議等で各テーマを決めて勉強会を行っている。また、社内その他拠点が集まり介護技術研修やデイ研修・おむつ研修・計画作成者研修・ケアマネ研修等のテーマ別の研修も定期的に行い、介護従事者としての質の向上を図っている。社外で開催される役立ちそうな研修情報もアナウンスし、なるべく多くの職員が受講するよう促している。		
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。	管理者は他のグループホームを訪問し見学する機会もあるが、他のグループホームとの交流会を持つことができなかった。他の事業所との交流や意見交換は大変参考になり事なので、今後は機会があれば積極的に参加してゆきたい。		

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
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。	事前面談で生活状態・心身状態を把握するよう努め、本人の生活の場所である自宅やサービス先に伺い、必ず直接本人に会ってご本人の思いに向き合い、ご本人の不安を理解しようと努め、ご本人に受け入れられる様な人間関係に努めている。		
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。	利用者を取りまくご家族の状況など、これまでの経緯について聞くようにしている。ご家族が求めているものを理解し、どのような対応が出来るかを事前に話し合いをしている。		
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。	相談時、ご本人やご家族の思い・状況を確認し、相談を繰り返す中で信頼関係を築きながら支援の提案をしている。		
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。	日々や季節・年間を通して、ホームという家の中で働く職員と暮らす利用者様。日勤者・夜勤者と入れ替わりはあるものの、職員が支援するだけでなく、利用者様から教えを乞う場面もあり、共に笑い・共に嘆くときあり、自然に一つと暮らすもの同士の関係を築いているところがある。		
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。	日々の暮らしの出来事や気付きの情報共有に努め、利用者を一緒に支えるためにご家族と相談話し合い、ご家族と同じような思いで支援するよう努めている。		
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。	入居前にも面会や電話の取次ぎなど予想される事の聞き取りを行い、友人・知人・親戚等との面会も自由に行って頂いている。一人一人の生活習慣を尊重しており、馴染みの人とは継続的な交流が出来るよう支援している。	いろいろな情報をもとに、出来るだけ多くの家族、友人、知人に面会に来てもらえるよう支援している。希望する人・場所(少なくなっている)が出れば、家族とも相談しながら、実現するよう支援している。	
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。	利用者同士の関係や生活習慣を見極めた上で、リビングでの席を工夫したり、利用者同士の関係が上手くいくように職員が調整役となって支援している。		
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。	機会があれば、退去後の様子を電話で尋ねたり、退去先を訪問したり、必要に応じてご家族の相談や支援に努めている。また、退去されたご家族から相談や報告の電話を頂いたりする事がある。		

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。	センター方式シートを活用し、入居時に家族や利用者様の要望や生活歴を把握し、ケアプランに反映させている。その後も日々の生活での言動から利用者の「思い」を察し、ミーティング・カンファレンス等で、情報を共有化し、可能な限り本人の意向に添った生活ができるよう心がけている。	当初、利用者や家族から聞き取った思い・希望、生活歴は基本情報として情報シート(センター方式)に記録されている。その後も日常ケアを通じて把握に努め、「介護記録」などに記入し職員で共有し、可能な限り利用者の意向に沿った生活ができるよう心掛けている。	
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。	入居後も折に触れご本人や家族から生活習慣を聴くなど把握に努めている。		
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。	介護記録やミーティング、医療連携ファイル・連絡帳などで1日の様子や心身の状況の変化や連絡事項を申し送っている。又、生活のリズムの理解に努めると共に、有する力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。	ご本人やご家族には日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き反映させている。また定期的にカンファレンスを開催し、課題の克服に向け活発に意見を交換し、それを元に介護計画を作成している。なを、状況変化に応じてその都度計画の見直しを行っている。	当初の介護計画は、基本情報をもとに関係者でカンファレンスを開き意見を出し合って策定されている。計画をより具体化した週間サービス計画も策定されている。その後は3ヶ月毎にモニタリング評価が行われ、これをベースに6ヶ月毎又は利用者に変化があった時、計画見直しが行われている。尚、評価や計画見直し時には、詳細な「介護支援経過」も添付されている。	
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。	個別に介護記録を作成し、身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉・出来事を記録し、職員間の情報共有を図っている。		
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。	問題が発生するとミーティングやカンファレンスで話し合い、利用者が安心して暮らせる様な支援が提供できるようにしている。		
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。	近隣の方、民生委員、地域包括支援センター、消防署等地域の方々にご協力いただく中で、近隣のボランティアによる出し物の観覧や町内会行事に参加するよう努め、地域の方々との交流を行っている。		
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。	かかりつけ医の希望があれば家族の協力のもと引き続き受診出来るよう支援している。ホームの協力医とかかりつけ医の情報の共有を支援し、スムーズに受診ができるよう心がけ、利用者の健康維持管理に努めている。	希望すればこれまでのかかりつけ医の継続も可能であり選択してもらっている。いずれの場合もスムーズな受診ができるよう情報を共有し全面的に支援している。協力医による月2回の往診、週1回訪問看護師の定期訪問など利用者の健康管理に万全を期している。	

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。	申し送りやミーティング、情報共有目的の連絡帳等で、一人一人の状況を把握し、訪問看護師の定期訪問、その他体調の変化があったときも、相談・助言が受けられるようにしている。		
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。	入院時にはご本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、病院関係者との情報交換・相談に努めている。また、退院時にもホームでの受け入れがスムーズに行くように医療機関から情報の収集に努めている。また、入院先に見舞いに行ったり、ご家族に様子を伺ったり、との情報交換にも努めている。		
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。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」を提示して説明し、事業所でできることできないことを了解していただくようにしている。必要な時期に家族・医師・看護師・職員が話し合いを重ねながら、方針に従って支援している。	入居時、「重度化した場合における対応に係る指針」で、事業所としてできる事、出来ないことを説明し納得してもらっている。その後必要な時期に、医師をはじめ関係者で話し合い方針を決め、全職員で共有し、対応している。	
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。	救急救命の講習を受講を奨励している。応急手当の方法や緊急時取り決め等を研修している。		
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。	年2回、消防避難訓練を実施し、消防署にも指導いただいている。町内会長・民生委員・地主と協力関係があり、訓練参加も呼びかけ、地域との協力体制作りを進めている。	消防署の指導の下、年2回消防避難訓練を実施している。地域関係者とも協力関係にあり、訓練にも一部の方に参加してもらっている。	
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。	一人一人に配慮した声掛けや「否定しない」対応に心がけている。個人情報保護理解度チェックテストを年1回実施し、個人情報管理については周知徹底に努めている。	誇りやプライバシーを損なわず、一人一人に配慮した声掛け、「否定しない」対応に努めている。そのための研修や勉強会も行っている。情報管理については、運営規定への明記、理解度チェックの実施など徹底した運営がなされている。	
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。	利用者がご自身で出来る事を見つけ出し、本人のペースにあわせて声かけ、些細な事でも本人が決める場面を作り、自己決定する事の喜び・満足感へ導いている。		
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。	自宅で過ごされていた時のように、一人一人のペースを尊重し、そのときの状態や環境に配慮しつつ、押し付けにならないように提案しながら、思いを汲み取り支援している。		

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。	着替えはご本人の好みで整えられるよう支援している。自己決定が難しい方は温度調整に気をつけながら、職員と一緒に考えて入居者の気持ちに沿った支援が出来るようにしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事メニューは偏りの無いよう、また、行事や季節を考えながら、利用者様個々の好みや嚥下・咀嚼を考慮したメニューや提供方法をしている。また、ご本人の意向を聞きながら準備や片づけを手伝って頂けるよう努めている。	調理は職員が行っており、一人ひとりに合わせたアレンジ食も提供されている。職員の適切な介助が行われながらの、ゆたかりとした食事時間になっており、殆どの利用者が完食されている。(一部ではあるが)できる利用者には、盛り付けや片付けと一緒にやってもらっている。	
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。	食事・水分の摂取状態をチェック表に記録し、職員が情報共有し摂取量を確保出来るようにしている。またトロミ剤を使用したりキザミ食・ミキサー食等個人の状態に応じた食事ができるよう支援しており、自己で摂取が困難な方や食事が進まない方には個々に応じた介助をしている。		
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。	歯磨きの声かけを行い、利用者の気持ちに配慮しつつ、能力に応じて職員が見守ったり、介助を行っている。就寝前は義歯の洗浄を行っている。		
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。	排泄チェック表を活用し、一人一人の排泄パターンや習慣を把握し、尿パット等使用の方には出来る限り日中は下着に尿パットの使用で生活出来るよう支援し、声かけにより定期的にトイレでの排泄が出来るよう支援している。	時間や習慣など、一人ひとりの排泄表をつくり、声掛けによる誘導をしながら、定期的にトイレで排泄してもらうよう支援している。尿パットなどの使用者も屋間は出来るだけ自然な排泄になるよう心掛けている。羞恥心を傷つけないよう特に配慮している。	
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。	利用者一人一人の排泄の有無の記録をしており、水分摂取・食事の工夫・体操等で体を動かし自然な排便が出来るように支援している。		
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。	利用者の体調を確認し清潔が保てるように一人一人の希望やタイミングに合わせて入浴の支援をしている。入浴が難しい方や、拒否がある方には方法を変えたり、ご家族にも協力頂いたりしながら、試行錯誤を重ね清潔を保つよう支援している	週2~3回を目途に、利用者の体調と希望を聞きながら、楽しく入浴してもらえるよう支援している。拒否される利用者には、気分を損ねぬよう配慮しながら誘導するなど清潔維持に努めている。	
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。	1日の生活リズムを整えられるよう、一人一人の体調や希望等を考慮し居室やリビング・和室で自由にゆったりと休息が出来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。	利用者全員の薬局発行の薬リストをファイルに整理し内容を把握できるようにしている。また、服薬変更や内容変更の際は薬局からの説明(服用方法や注意事項など)を別途受け、受診記録や連絡帳に記録し、全職員が周知徹底している。服薬時は服薬担当者と服薬確認者の二人が確認の上、利用者へ名前・日付・時間の確認をし、きちんと服薬出来ているか飲み込みまで確認している。		

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
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。	お一人お一人の好みやホームの中での役割を考え、生活の中で役割や得意分野が生かせるよう考え支援している。その時その時に感謝の気持ちを伝えるようにしている。		
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。	利用者様の体調や天候を見ながら、気分転換に少しでも外気に触れていただくよう努力をしている。	利用者の体調、天気を見ながら近隣散歩、地域行事への参加などできるだけ外気に触れる機会を増やすよう努力している。 体力低下と共に日常的な外出頻度が減っており、何とか少しでも増える方法を目下試案・検討中である	日常外出が少しでも増やせるよう、一層の工夫を期待したい。
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。	基本的にはトラブルや不穏を招くことからホーム内でのご本人の現金の所持はして頂いていない。個人の買い物等、要望があったときにはご家族と相談して対応している。		
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。	ご本人の希望があれば、ご家族に確認した上で電話が出来るよう支援している。手紙や年賀状のやり取りも出来るよう支援している。		
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。	ユニットは安全を配慮したバリアフリー設計となっており、対面式キッチンと一体的になった開放的なリビングに落ち着いた和室も併設されており、懐かしい台所のおいや程よい大きさと明るさで過ごし易いスペースとなっている。浴室やトイレも使い易く配置されている。玄関や室内には絵画や手作りの飾りを配し、家庭的な雰囲気になっている。	ユニットは1、2階にある。リビング兼食堂はそれぞれウッドデッキやバルコニーにつながり眺めも良く、開放的。程よい広さで明るい、落ち着いて過ごせる和室、浴室やトイレも使い易く設置されている。温湿も適度に管理され快適。玄関、リビングには季節の飾りつけ、利用者の作品も沢山飾られている。全体として家庭的、利用者は、居心地よくゆったり過ごせる共有スペースとなっている。	
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。	和室もあり、食堂のテーブルや椅子の他にソファやマッサージチェアやお気に入りのクッションやケットを置いたりして一人で過ごしたり利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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。	利用者にとって使い慣れた家具や生活用品が持ち込まれている。また、好みの作品や写真も飾られ掃除も行き届いており、利用者が自分の家として、それぞれ居心地よく安心して過ごせるスペースとなっている。	エアコン、クローゼットが常備。使い慣れた生活用品が持ち込まれている。手作り作品や懐かしいの写真が飾られた部屋から、さっぱりした部屋までいろいろだが、いずれも掃除が行き届き清潔で、寛げる居室となっている。	
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。	車椅子対応のバリアフリー設計で共有部分や浴室トイレ内に手すりを設置し、自立できるよう整備されており、利用者の安全確保と利用者を意識した配置（自室やトイレ等、場所が分かる様表示等に工夫）をしている。		



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させている	○	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、生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

### 3 サービス評価の実施と活用状況

事業所の外部評価の実施と活用状況について振り返ります。  
「目標達成プラン」を作成した時点で記入します。

#### 【サービス評価の実施と活用状況についての振り返り】

実施段階		取り組んだ内容 (↓該当するものすべてに○印)	
1	サービス評価の事前準備	<input type="radio"/>	① 運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
		<input type="checkbox"/>	② 利用者へのサービス評価について説明した
		<input type="checkbox"/>	③ 利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		<input type="radio"/>	④ 運営推進会議でサービス評価を説明するとともに、どのように評価機関を選択したかについて報告した
		<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
2	自己評価の実施	<input type="checkbox"/>	① 自己評価を職員全員が実施した
		<input type="radio"/>	② 前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
		<input type="checkbox"/>	③ 自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
		<input type="checkbox"/>	④ 評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
3	外部評価（訪問調査当日）	<input type="radio"/>	① 普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		<input type="radio"/>	② 評価項目のねらいを踏まえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		<input type="radio"/>	③ 対話から、事業所が努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		<input type="checkbox"/>	④ その他 ( )
4	評価結果（自己評価、外部評価）の公開	<input type="checkbox"/>	① 運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
		<input type="checkbox"/>	② 利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="checkbox"/>	③ 市町へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
		<input type="checkbox"/>	④ 運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
		<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ( )
5	サービス評価の活用	<input type="checkbox"/>	① 職員全員で次のステップに向けた話し合い、「目標達成プラン」を作成した
		<input type="checkbox"/>	② 「目標達成プラン」を利用者、利用者家族や運営推進会議へ説明し、協力やモニター依頼した（する）
		<input type="checkbox"/>	③ 「目標達成プラン」を市町へ説明し提出した（する）
		<input type="checkbox"/>	④ 「目標達成プラン」に則り、目標を目指して取り組んだ（取り組む）
		<input type="checkbox"/>	⑤ その他 ( )

## 2 目標達成計画

事業所 ニチイケアセンター広島長楽寺

作成日 平成 29 年 4 月 8 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価をもとに職員一同で次のステップへ向けた取り組み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にならないよう、事業所の現状に合わせた取り組み課題を取り上げ、優先順位を決め目標達成に向けた具体的な取り組み内容を記入してください。

### 【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	18	入居者の体力低下、重度化のため外出支援がほとんど出来ていなかった。	外出支援の機会を増やす。	3月下旬夕方より不定期だが庭に出て外気浴をはじめ。4/4入居者7名とドライブ及び花見に行く。1名パジャマ購入の支援を行う。	3月下旬より開始。
2					
3					
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。