

平成 25 年度

## 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         | 1495100131             | 事業の開始年月日       | 平成18年3月1日  |             |
|               |                        | 指定年月日          | 平成21年10月1日 |             |
| 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川崎小倉          |                |            |             |
| 所在地           | ( 212 - 0054 )         |                |            |             |
|               | 神奈川県川崎市幸区小倉5 - 30 - 46 |                |            |             |
| サービス種別<br>定員等 | 小規模多機能型居宅介護            | 登録定員           | 名          |             |
|               |                        | 通い定員           | 名          |             |
| 定員等           | 認知症対応型共同生活介護           | 宿泊定員           | 名          |             |
|               |                        | 定員計            | 18名        |             |
| 自己評価作成日       | 平成25年8月16日             | 評価結果<br>市町村受理日 | ユニット数      | 2ユニット       |
|               |                        |                | 評価結果       | 平成25年10月30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 |  |
|----------|--|

### 【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)】

|  |
|--|
| 家庭的な環境の下で、共同生活を送りながら、その人らしい、その人なりの生活実現の為に、ご入居者様に寄り添いながら、安心、安全な暮らしを提供し、ほほえみのある生活を送って頂けるよう支援しています。 |
|--|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                         |               |             |
|-------|-------------------------|---------------|-------------|
| 評価機関名 | 公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会    |               |             |
| 所在地   | 横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階 |               |             |
| 訪問調査日 | 平成25年8月30日              | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年10月18日 |

### 【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)】

|   |
|---|
| <p><b>【事業所の概要】</b><br/>当事業所はJR川崎駅からバスで約10分、バス停より約2分の住宅街の静かな環境に立地している。平成21年10月にニチイ学館へ事業譲渡し、平成23年4月に「ニチイのほほえみ川崎小倉」から現在の名称に変更した。<br/>事業承継した運営法人は大手総合福祉サービス会社で、全国に多数のグループホームを事業展開し、豊富なノウハウを地域社会の福祉サービスに活かし、日頃の介護・介助の提供に努めている。</p> <p><b>【運営推進会議の定期的な開催】</b><br/>運営推進会議は2か月に1回開催している。メンバーは地域代表、老人クラブ、地域包括支援センター職員、幸区高齢支援課、利用者・家族の方々である。会議内容は事業所の運営状況や活動内容、外部評価の受審を報告し意見交換を行い、サービス向上に努めている。</p> <p><b>【医療連携体制とバイタルチェック記録】</b><br/>医療連携体制加算の届け出をし、医師と訪問看護師が連携を図り、24時間安心して医療を受診できる体制にある。訪問看護師が訪問する際には利用者のバイタルチェック測定を行い、健康状態を見守り家族の安心につなげている。</p> <p><b>【家族に生活状況、健康状態のお便りを送付】</b><br/>毎月、個人別に生活状況やADLの状況を知らせ、行事の写真、七夕の短冊、折り紙等の作品を送付して、利用者の日頃の生活状況や健康状態を伝えて連絡を密にしている。</p> |
|---|

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                  | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|--------------------------|---------|---------|
| 理念に基づく運営                 | 1 ~ 14  | 1 ~ 7   |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援        | 15 ~ 22 | 8       |
| 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 ~ 35 | 9 ~ 13  |
| その人らしい暮らしを続けるための日々の支援    | 36 ~ 55 | 14 ~ 20 |
| アウトカム項目                  | 56 ~ 68 |         |

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所名  | ニチケアセンター川崎小倉 |
| ユニット名 | 1F ひだまり      |

| 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。<br>(参考項目：23,24,25)     |  | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいの |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：18,38)            |  | 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。<br>(参考項目：38)                 |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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とした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36,37)  |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3くらいが |
|         |   |  | 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)                |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：30,31)       |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：28) |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：9,10,19)    |  | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |  |  | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |  |  | 3. 家族の1/3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。<br>(参考項目：9,10,19)                    |  | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |  | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |  | 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者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。<br>(参考項目：4) |  | 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、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11,12)  |  | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |  | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |  | 3. 職員の1/3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2/3くらいが |
|    |  |  | 3. 利用者の1/3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2/3くらいが |
|    |  |  | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |  | 4. ほとんどいない     |

| 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  |
| 理念に基づく運営 |      |  |   |  |  |
| 1        | 1    | 理念の共有と実践<br>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                      | 会社理念、ホーム理念を休憩室に掲示、毎朝の申し送り時に唱和し、意義の意識を高め、日々の実践につなげるよう、心がけている。                                | 理念は、前管理者が職員と話し合い作成し、1階・2階の各事務室に掲示している。申し送り時などに社是と経営理念、事業所独自の理念を唱和して意識付けと共有化に努めている。管理者は新入職員の研修時には理念を説明し、理解を深め実践に結びつけている。                  |  |
| 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                      | 散歩時、市民農園来訪者等に挨拶し、顔なじみとなり、交流を図る。施設内の畑にて、町内ボランティアと野菜収穫を通して交流を図っている。町内会に加入し、地域行事への参加もできる環境である。 | 町内会に加入し、夏祭りには近くの八雲公園へみこしを見物に行っている。近くの市民農園の方が事業所の畑にネギ、なすを育て、利用者が水やりをしている。収穫した新鮮な野菜は食卓に提供されている。ニチイ祭りにはチラシをご近所にポスト投函し、敬老の日には老人会からお菓子が届いている。 | 町内会に特別会員として加入している。回覧板の回付を依頼し、地域行事や季節の催しを知ることで近隣の保育園、学校との交流する取り組みを望みます。 |
| 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                    | 施設内の畑を町内ボランティアに支えて頂きながら、農作物への水やり、収穫の場面で楽しみを見出している。  | /  | /  |
| 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 | 運営推進会議をおおむね2ヶ月に1回開催し、運営状況の報告と運営に対する意見、希望を伺い、サービスの室の向上の為、反映、活用、実践してゆく。                       | 運営推進会議は2か月に1回開催している。会議では事業所の運営状況や活動内容、外部評価の受審などを報告し、意見交換を行っている。会議では、散歩を増やして欲しいなどの要望が利用者家族からあった。  |  |
| 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            | 運営推進会議において、自治体や地域包括支援センター職員も構成員となっており、情報交換、協力体制が構築できている。                                    | 管理者は幸区高齢支援課や横浜市高齢者事業推進課へ事業所の運営や現場の実情を報告し、業務上の問題点などを相談している。介護保険の更新手続きに家族に代わって出向くこともある。管理者は地域包括支援センターの「ゆめみサロン」に参加している。                     |  |

| 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 |
| 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 | 「身体拘束ゼロ」等のマニュアルをユニットに常備し、常に判断基準としている。                                   | 職員は身体拘束をしないケアの勉強会を行い正しい理解に努めている。玄関は施錠せず、1階フロア出入口は、玄関の近くでもあり、家族の了解を得て安全面から電子ロックにて施錠している。帰宅願望の方のために、万一来訪し、利用者の写真と名前を準備している。 |                   |
| 7    |      | 虐待の防止の徹底<br>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                                      | 高齢者虐待防止マニュアルをユニットに常備し、常に判断基準としている。ポスターを掲示し、常時、意識を持つようにしている。             |   |                   |
| 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                                 | 成年後見人制度等、権利擁護に関する勉強会を年間計画に盛り込み、実施する。又、社外の研修情報も閲覧できる環境を作っている。            |   |                   |
| 9    |      | 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  | パンフレットや資料をもとに説明し、疑問、質問には必ず返答する等の取り組みを行っている。契約時は、読み合わせを必ず行い、理解、納得に努めている。 |   |                   |
| 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   | 運営推進会議や家族会、顧客満足度調査の結果などを、ホーム会議等に提起して、運営に反映させるよう、意見交換を行う。                | 苦情や要望の担当窓口は、契約時に説明している。運営推進会議や家族会、家族の来訪時に声かけし、意見や要望を聞いて運営に反映している。法人が利用者の意向満足度アンケート調査を実施してサービスの向上につなげている。                  |                   |

| 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 |  |
| 11                | 7    | <p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>                                      | <p>管理者は、ホーム会議等に必ず出席し、スタッフの意見提案を聞く機会を持ち、内容を吟味のうえ、適切なものは、運営に反映し、サービスの質の向上を目指している。</p>  | <p>管理者は月1回のホーム会議に職員から意見や提案を聞き、業務の改善や向上に反映している。法人の管轄支店は、管理者から要望を傾聴し、事業に反映している。</p> |                   |  |
| 12                |      | <p>就業環境の整備</p> <p>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</p>      | <p>管理者は勤務状況を把握し、助言を行いながら、環境整備を心がけている。社内では、キャリアアップ制度があり、給与に反映する等、やりがいのきっかけとなっている。</p> |   |                   |  |
| 13                |      | <p>職員を育てる取組み</p> <p>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</p>          | <p>社内研修受講該当者は、シフト調整にて必ず出席する。社外研修情報は閲覧できるように整備し、自らスキルアップできる機会への情報提供を行っている。</p>        |   |                   |  |
| 14                |      | <p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p> | <p>社外研修や連絡会などで交流ができた方と連絡、情報交換を行っている。有効な情報はホーム会議等を通して、サービスの質の向上につながるよう努めている。</p>      |   |                   |  |
| 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |   |                   |  |
| 15                |      | <p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>        | <p>ご家族だけでなく、ご本人様とも面談を行い、ご本人様の望む生活実現の為にプラン作成を行い、スタッフ全員で対応できる環境を目指している。</p>            |   |                   |  |

| 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 |
| 16   |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 不安や相談を受けた際、納得、理解できるように細やかな説明を心がけ、随時対応している。                                      |  |                   |
| 17   |      | 初期対応の見極めと支援<br>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 | センター方式によるアセスメント分析を行い、ご本人様の望みやご家族の希望を反映した支援ができるよう、心がけている。その他の利用できるサービス情報も提供している。 |  |                   |
| 18   |      | 本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 共同生活の中で、ご本人のできる事は、可能な限りおこなって頂き、スタッフは安全確保に努める。ご入居者様が満足感、達成感を得られる生活支援を行っている。      |  |                   |
| 19   |      | 本人と共に支え合う家族との関係<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     | 毎月一度、お手紙にて現況を伝え、負担とならない程度の来訪をお願いしている。ご家族様の意見を尊重しながら、職員も一緒にご本人様を支えていけるよう配慮している。  |  |                   |
| 20   | 8    | 馴染みの人や場との関係継続の支援<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                 | ご家族様以外でも、なじみの方やご友人の来訪、面談は歓迎している。面会不適切な方は、ご家族より入居時等に事前に確認している。                   | 利用者は家族と一緒にいままでの行きつけの美容院や食事、墓参りへ行く方もいる。友人や知人が来訪し、居室で歓談しているときには、お茶出しのサービスをしている。年賀状や手紙が届くことがあり、家族に連絡後、お見せし、家族が保管している。 |                   |

| 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 |
| 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                | レクリエーション、行事、リビングにおいて、スタッフが中に入り、交流の継続に努めている。話題の切り替えを行う等、楽しいひと時の実現に努めている。         |   |                   |
| 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 | 他施設に移られた際、連絡は丁寧に行い、現況も可能な限り伺っている。特別な要件以外では積極的な連絡は行っていない。                        |   |                   |
| 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<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。                       | 日常の中での発言、ご希望を受け止め、カンファレンス等でご本人様のよりよい生活の実現に向け検討し、プランに反映させている。                    | 職員は日常の会話や行動、表情の中から、利用者の意向や希望を汲みとるように努めている。意向を自分から伝えにくい方には、利用者が少なくなった夜間帯やゆったりと入浴をしている時に話を聞くことで思いの把握に努めている。 |                   |
| 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                    | センター方式の活用により、入居までの経緯、生活歴、なじみの暮らしをご家族様ばかりでなくご本人様からも伺い、把握に努めている。                  |   |                   |
| 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                                  | 介護記録、健康チェック、業務日誌を毎日記録し、申し送りを含め、全スタッフが把握できるようにしている。介護記録は時間記入し、日々の状態変化の把握に活かしている。 |   |                   |

| 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 |
| 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 | プラン確認時の中で、ご家族様記入欄内容をサービス担当者会議で議題とし、意見交換後、プランに反映させている。                        | 入居時には、利用者の自宅を訪問し、本人・家族の話を聞いている。アセスメントシートを基に、ADL、こだわり、習慣などのプロフィールを作り、仮ケアプランを作成している。ケアカンファレンスし、家族の意向を聞き、主治医の所見を入れたうえで介護計画を作成している。通常は6か月毎に見直し、変化があれば随時状況に応じて変更を行っている。 |                   |
| 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                        | 介護記録にて、介護の状況を個別、時系列記入を行い、申し送り時、スタッフ間で確実に情報共有できる体制にしている。                      |  |                   |
| 28   |      | 一人ひとりを支えるための事業所の多機能<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                | ケアプランは必要に応じて随時変更できるものとしており、当事業所においてサービス提供できない支援については、地域包括支援センターを窓口として紹介している。 |  |                   |
| 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                         | 地域の自治会に事業所として加入しており、地域の祭り等の情報を頂き、可能な限り参加の機会を提供している。                          |  |                   |
| 30   | 11   | かかりつけ医の受診診断<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                     | 往診提携医により、月2回受診しており、ご本人様の訴え、不安や希望等が伝わるよう、受診記録を活用し、情報共有している。                   | 本人や家族が希望するかかりつけ医による医療を継続して受診出来るように支援している。緊急時は職員が家族に代わって通院介助することもある。協力医療機関の内科医と歯科医が月2回、看護師は毎週往診している。医療情報は受診記録や業務日誌に記録し、情報の共有に努めている。                                 |                   |

| 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                                     |
| 31   |      | 看護職員との協働<br>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                      | 訪問看護師により、週1回の健康チェックを受け、管理記録に確認事項を記録し、日頃の対応や往診時の対応の参考としている。                    |  |   |
| 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、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。 | 入院時は提携往診医より紹介状を頂き、病院と情報共有を行っている。日常に関わる情報は必要時情報提供を行う。退院時はサマリーを受領し、介護上の参考としている。 |  |   |
| 33   | 12   | 重度化や終末期に向けた方針の共有と支<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  | 「重度化した場合における対応指針」を契約時身元引受人と締結しており、事前に対応に関する内容を確認している。                         | 入居時に重度化した場合における対応に係る指針を説明し、同意を得ている。病状が重度化し、利用者・家族が終末期を事業所にて希望の場合、医師、看護師、家族と職員が連携を図り、利用者の尊厳を重視し、最大限の対応をずる方針である。   | 今後、利用者の重度化に備え、ターミナルケアについての勉強会を実施し、一層充実した体制づくりが期待されます。 |
| 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   | 基本的な対応手順は、ホーム会議等で話しあい、提携往診医連携のもと、急変時の対応が速やかに行えるようにしている。                       |  |   |
| 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、総合訓練を実施し、避難誘導等の対応がスムーズに行える準備をしている。又、総合訓練実施時の近隣にも参加呼びかけを行うが、参加実績はない。       | 防災・避難訓練は、年2回、うち1回は消防署の協力を得て、夜間想定訓練を実施している。避難訓練にはチラシを近隣に約30枚配布して呼びかけ、運営推進会議でも協力を依頼している。非常災害用の食料、飲料水は、3日分程度備蓄している。 |   |

| 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   |  |
| kai  |      |   |  |   |   |  |
| 36   | 14   | 一人ひとりの人格の尊重とプライバシー<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                   | 個別相談など受ける場合は、居室で傾聴し、プライバシーを尊重した対応を行う。                                    | 職員は入職時に守秘義務に関する誓約書を提出している。日頃より利用者のプライバシーを損ねることのないように丁寧に慎重な声かけに心掛けている。個人情報を含む書類は施錠のできる書庫に保管している。                                 |   |  |
| 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                     | ご入居者様の思いが表現しやすい雰囲気作りや声かけを行い、ご本人の意にそぐわない状況にならないよう、配慮している。                 |   |   |  |
| 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 | ご本人のペースや体調に注目し、状況に合わせてのケアを心がけている。  |   |   |  |
| 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                                  | その季節にあった身だしなみができるよう、スタッフは必要にあわせて、適宜支援している。希望により、1ヶ月に一度、訪問美容を受ける機会を設けている。 |   |   |  |
| 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     | 季節感や栄養バランスを意識して食事提供し、ご入居者様もできる範囲で食事準備、調理、後片付けに関わって頂ける環境作りを心がけている。        | 利用者は職員と一緒に、テーブル拭き、盛り付け、食器洗いをしている。職員は食事介助や見守りをしている方もいるが、利用者と共に食事をとることはしていない。週1回、昼食時には利用者の好みの献立を提供している。誕生会には利用者皆でケーキを食べてお祝いをしている。 | 職員が利用者と同じ物を食べることにより、更に親密度や話題が増して豊かな人間関係につながると思われますので、一緒に食事ができる体制の検討を望みます。 |  |

| 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 |
| 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            | 毎日の介護記録や健康チェックを記入し、一人ひとりの状況確認を行い、過不足とならないよう配慮している。必要時、提携往診医に相談し、対応している。                    |   |                   |
| 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、洗面所にて口腔ケアを行って頂き、必要時、スタッフも支援し、清潔の保持に努めている。状況に応じて、提携往診歯科医の受診、治療により、清潔保持の指導を受けている。        |   |                   |
| 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向けた支援を行っている     | 個々の排泄パターンを把握し、トイレ回数の少ない時や時間にて声かけを行い、可能な限り、自立排泄に向けた支援を行っている。                                | 時系列に記録した介護記録から、排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導を支援している。利用者が足や膝を動かしたり、落ち着きなくなる様子から察知して声かけをしている。トイレでの排泄に向けた支援に努めているが、特に改善した方はいない。 |                   |
| 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                     | 排便状況を毎日確認し、可能な限り、自力排泄頂けるよう散歩等の運動、水分補給、乳製品摂取を必要時行う。状況により、提携往診医とも連携をとり対応している。                |   |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | ご本人の希望で午前中より対応し、順番もご本人の気分により変更する。入浴を好まない方でも、対応スタッフ変更等して、入浴頂けるよう対応している。週2・3回以上入浴できるようにしている。 | 入浴は基本的には週2~3回としているが、希望があれば、足浴やシャワー浴をする方もいる。入浴をしたがらない方には声かけや介助する職員を変えるなど工夫をしている。季節の菖蒲湯、ゆず湯を楽しんでいる。                 |                   |

| 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 |
| 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  | 閉じこもりとならないよう注意し、任意にて居室で過ごして頂けるよう配慮している。入床時間は設定していないが、昼夜逆転とならないよう、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   | 薬剤師で1包化されたものを指示通り服薬できるよう支援している。服薬シートの確認により、薬の理解を図っている。日々の体調確認で変化時、提携往診医に相談、対応している。  |  |                   |
| 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                              | 日々の生活の中で、できる事を行って頂き、レクリエーションを含め、活動に参加して頂き、達成感を意識した支援を行うよう心がけている。                    |  |                   |
| 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。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 | 天候や時間、体調の許す限り、散歩にお誘いし、外気浴の機会を設けている。ご家族との外出、外泊は制限することなく、注意点をお伝えし、安心して外出できるよう、支援している。 | 天気が良ければ、体調に応じて車いすの方も八雲公園、鶴見川の堤防などへ散歩に出掛けています。職員と一緒に近くのスーパーマーケットへ買い物に行くこともある。 |                   |
| 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                              | 小遣い金は、個別に事業所でお預かりし、ご本人が必要時、スタッフ立会いのもと、使用できるようにしている。                                 |  |                   |

| 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 |
| 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   | 契約者、身元引受人の了解のもと、手紙の受け渡し、電話の取次ぎを行っている。                                       |  |                   |
| 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 | 季節感を意識した装飾を入居者とスタッフが共同制作したり、音楽をかけたり、歌を歌うなど、心地よく過ごせるような環境作りを心がけている。          | 共用空間はゆったりとして明るく清潔に保たれている。和室の間もあり、壁面に利用者が職員と共同で手作りしたうちわ、折り紙のひまわり、塗り絵の十五夜の作品が飾られている。2階から鶴見川を眺めることができ、8月中旬の花火大会も楽しめる。         |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場<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  | 行事の参加を無理強いすることはないが、見るだけでもいいが、との声かけにて、自由意志を尊重している。リビング横の和室も常に利用可能な状況にしている。   |  |                   |
| 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  | 入居の際、使い慣れたもの、家具、道具を持ち込み頂き、ご本人にとって安心感ある環境作りを、ご家族と連携して行っている。                  | 居室には使い慣れた調度品、整理ダンス、テレビ、テーブル、椅子を置き、家族の写真などを飾り、一人ひとり個性のある部屋となっている。部屋のレイアウトは利用者と家族に任せ、希望により配置替えなどを手伝い、居心地よく安心して過ごせるように支援している。 |                   |
| 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」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  | スタッフは常にご入居者様の状況を把握し、気配りを持って支援を行う。失敗時もプライドを尊重した配慮を行い、日々の生活を送ることができるよう心がけている。 |  |                   |

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | ニチイケアセンター川崎小倉 |
| ユニット名 | 2F はるかぜ       |

| 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。<br>(参考項目：23,24,25)     |  | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいの |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：18,38)            |  | 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。<br>(参考項目：38)                 |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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とした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36,37)  |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3くらいが |
|         |   |  | 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)                |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：30,31)       |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：28) |  | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|         |   |  | 2, 利用者の2/3くらいが |
|         |   |  | 3. 利用者の1/3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。<br>(参考項目：9,10,19)    |  | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |  |  | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |  |  | 3. 家族の1/3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。<br>(参考項目：9,10,19)                    |  | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |  | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |  | 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者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。<br>(参考項目：4) |  | 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。<br>(参考項目：11,12)  |  | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |  | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |  | 3. 職員の1/3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2/3くらいが |
|    |  |  | 3. 利用者の1/3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2/3くらいが |
|    |  |  | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |  | 4. ほとんどいない     |

| 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 |
| 理念に基づく運営 |      |  |   |      |                   |
| 1        | 1    | 理念の共有と実践<br>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                    | 会社理念、ホーム理念を休憩室に掲示、毎朝の申し送り時に唱和し、意義の意識を高め、日々の実践につなげるよう、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人として日常的に交流している                    | 散歩時、市民農園来訪者等に挨拶し、顔なじみとなり、交流を図る。施設内の畑にて、町内ボランティアと野菜収穫を通して交流を図っている。町内会に加入し、地域行事への参加もできる環境である。 |      |                   |
| 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                  | 施設内の畑を町内ボランティアに支えて頂きながら、農作物への水やり、収穫の場面で楽しみを見出している。  |      |                   |
| 4        | 3    | 運営推進会議を活かした取組み<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 | 運営推進会議をおおむね2ヶ月に1回開催し、運営状況の報告と運営に対する意見、希望を伺い、サービスの質の向上の為、反映、活用、実践してゆく。                       |      |                   |
| 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          | 運営推進会議において、自治体や地域包括支援センター職員も構成員となって頂いており、情報交換、協力体制が構築できている。                                 |      |                   |

| 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 |
| 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 | 「身体拘束ゼロ」等のマニュアルをユニットに常備し、常に判断基準としている。                                   |      |                   |
| 7    |      | 虐待の防止の徹底<br>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                                      | 高齢者虐待防止マニュアルをユニットに常備し、常に判断基準としている。ポスターを掲示し、常時、意識を持つようにしている。             |      |                   |
| 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                                 | 成年後見人制度等、権利擁護に関する勉強会を年間計画に盛り込み、実施する。又、社外の研修情報も閲覧できる環境を作っている。            |      |                   |
| 9    |      | 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  | パンフレットや資料をもとに説明し、疑問、質問には必ず返答する等の取り組みを行っている。契約時は、読み合わせを必ず行い、理解、納得に努めている。 |      |                   |
| 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   | 運営推進会議や家族会、顧客満足度調査の結果などを、ホーム会議等に提起して、運営に反映させるよう、意見交換を行う。                |      |                   |

| 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 |
| 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                                      | 管理者は、ホーム会議等に必ず出席し、スタッフの意見提案を聞く機会を持ち、内容を吟味のうえ、適切なものは、運営に反映し、サービスの質の向上を目指している。  |      |                   |
| 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      | 管理者は勤務状況を把握し、助言を行いながら、環境整備を心がけている。社内では、キャリアアップ制度があり、給与に反映する等、やりがいのきっかけとなっている。 |      |                   |
| 13                |      | 職員を育てる取組み<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          | 社内研修受講該当者は、シフト調整にて必ず出席する。社外研修情報は閲覧できるよう整備し、自らスキルアップできる機会への情報提供を行っている。         |      |                   |
| 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 | 社外研修や連絡会などで交流ができた方と連絡、情報交換を行っている。有効な情報はホーム会議等を通して、サービスの質の向上につながるよう努めている。      |      |                   |
| 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<br>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        | ご家族だけでなく、ご本人様とも面談を行い、ご本人様の望む生活実現の為にプラン作成を行い、スタッフ全員で対応できる環境を目指している。            |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | 初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 不安や相談を受けた際、納得、理解できるように細やかな説明を心がけ、随時対応している。                                      |      |                   |
| 17   |      | 初期対応の見極めと支援<br>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 | センター方式によるアセスメント分析を行い、ご本人様の望みやご家族の希望を反映した支援ができるよう、心がけている。その他の利用できるサービス情報も提供している。 |      |                   |
| 18   |      | 本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 共同生活の中で、ご本人のできる事は、可能な限りおこなって頂き、スタッフは安全確保に努める。ご入居者様が満足感、達成感を得られる生活支援を行っている。      |      |                   |
| 19   |      | 本人と共に支え合う家族との関係<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     | 毎月一度、お手紙にて現況を伝え、負担とならない程度の来訪をお願いしている。ご家族様の意見を尊重しながら、職員も一緒にご本人様を支えていけるよう配慮している。  |      |                   |
| 20   | 8    | 馴染みの人や場との関係継続の支援<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                 | ご家族様以外でも、なじみの方やご友人の来訪、面談は歓迎している。面会不適切な方は、ご家族より入居時等に事前に確認している。                   |      |                   |

| 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 |
| 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                | レクリエーション、行事、リビングにおいて、スタッフが中に入り、交流の継続に努めている。話題の切り替えを行う等、楽しいひと時の実現に努めている。         |      |                   |
| 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 | 他施設に移られた際、連絡は丁寧に行い、現況も可能な限り伺っている。特別な要件以外では積極的な連絡は行っていない。                        |      |                   |
| 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<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。                       | 日常の中での発言、ご希望を受け止め、カンファレンス等でご本人様のよりよい生活の実現に向け検討し、プランに反映させている。                    |      |                   |
| 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                    | センター方式の活用により、入居までの経緯、生活歴、なじみの暮らしをご家族様ばかりでなくご本人様からも伺い、把握に努めている。                  |      |                   |
| 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                                  | 介護記録、健康チェック、業務日誌を毎日記録し、申し送りを含め、全スタッフが把握できるようにしている。介護記録は時間記入し、日々の状態変化の把握に活かしている。 |      |                   |

| 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 |
| 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 | プラン確認時の中で、ご家族様記入欄内容をサービス担当者会議で議題とし、意見交換後、プランに反映させている。                        |      |                   |
| 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                        | 介護記録にて、介護の状況を個別、時系列記入行い、申し送り時、スタッフ間で確実に情報共有できる体制にしている。                       |      |                   |
| 28   |      | 一人ひとりを支えるための事業所の多様性<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                | ケアプランは必要に応じて随時変更できるものとしており、当事業所においてサービス提供できない支援については、地域包括支援センターを窓口として紹介している。 |      |                   |
| 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                         | 地域の自治会に事業所として加入しており、地域の祭り等の情報を頂き、可能な限り参加の機会を提供している。                          |      |                   |
| 30   | 11   | かかりつけ医の受診診断<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                     | 往診提携医により、月2回受診しており、ご本人様の訴え、不安や希望等が伝わるよう、受診記録を活用し、情報共有している。                   |      |                   |

| 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   |      | <p>看護職員との協働</p> <p>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</p>                      | 訪問看護師により、週1回の健康チェックを受け、管理記録に確認事項を記録し、日頃の対応や往診時の対応の参考としている。                    |      |                   |
| 32   |      | <p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>  | 入院時は提携往診医より紹介状を頂き、病院と情報共有を行っている。日常に関わる情報は必要時情報提供を行う。退院時はサマリーを受領し、介護上の参考としている。 |      |                   |
| 33   | 12   | <p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p> | 「重度化した場合における対応指針」を契約時身元引受人と締結しており、事前に対応に関する内容を確認している。                         |      |                   |
| 34   |      | <p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>   | 基本的な対応手順は、ホーム会議等で話しあい、提携往診医連携のもと、急変時の対応が速やかに行えるようにしている。                       |      |                   |
| 35   | 13   | <p>災害対策</p> <p>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</p>   | 年2回、総合訓練を実施し、避難誘導等の対応がスムーズに行える準備をしている。又、総合訓練実施時に近隣にも参加呼びかけを行うが、参加実績はない。       |      |                   |

| 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 |
| 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<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                   | 個別相談など受ける場合は、居室で傾聴し、プライバシーを尊重した対応を行う。                                    |      |                   |
| 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                     | ご入居者様の思いが表現しやすい雰囲気作りや声かけを行い、ご本人の意にそぐわない状況にならないよう、配慮している。                 |      |                   |
| 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 | ご本人のペースや体調に注目し、状況に合わせてのケアを心がけている。  |      |                   |
| 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                                  | その季節にあった身だしなみができるよう、スタッフは必要にあわせて、適宜支援している。希望により、1ヶ月に一度、訪問美容を受ける機会を設けている。 |      |                   |
| 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     | 季節感や栄養バランスを意識して食事提供し、ご入居者様もできる範囲で食事準備、調理、後片付けに関わって頂ける環境作りを心がけている。        |      |                   |

| 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 |
| 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            | 毎日の介護記録や健康チェックを記入し、一人ひとりの状況確認を行い、過不足とならないよう配慮している。必要時、提携往診医に相談し、対応している。                     |      |                   |
| 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、洗面所にて口腔ケアを行って頂き、必要時、スタッフも支援し、清潔の保持に努めている。状況に応じて、提携往診歯科医の受診、治療により、清潔保持の指導を受けている。         |      |                   |
| 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向けた支援を行っている     | 個々の排泄パターンを把握し、トイレ回数の少ない時や時間にて声かけを行い、可能な限り、自立排泄に向けた支援を行っている。                                 |      |                   |
| 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                     | 排便状況を毎日確認し、可能な限り、自力排泄頂けるよう散歩等の運動、水分補給、乳製品摂取を必要時行う。状況により、提携往診医とも連携をとり対応している。                 |      |                   |
| 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、個々に応じた入浴の支援をしている | ご本人の希望で午前中より対応し、順番もご本人の気分により変更する。入浴を好まれない方でも、対応スタッフ変更等して、入浴頂けるよう対応している。週2・3回以上入浴できるようにしている。 |      |                   |

| 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 |
| 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   | 閉じこもりとならないよう注意し、任意にて居室で過ごして頂けるよう配慮している。入床時間は設定していないが、昼夜逆転とならないよう、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  | 薬剤師で1包化されたものを指示通り服薬できるよう支援している。服薬シートの確認により、薬の理解を図っている。日々の体調確認で変化時、提携住診医に相談、対応している。  |      |                   |
| 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                             | 日々の生活の中で、できる事を行って頂き、レクリエーションを含め、活動に参加して頂き、達成感を意識した支援を行うよう心がけている。                    |      |                   |
| 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。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支援している | 天候や時間、体調の許す限り、散歩にお誘いし、外気浴の機会を設けている。ご家族との外出、外泊は制限することなく、注意点をお伝えし、安心して外出できるよう、支援している。 |      |                   |
| 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                             | 小遣い金は、個別に事業所でお預かりし、ご本人が必要時、スタッフ立会いのもと、使用できるようにしている。                                 |      |                   |

| 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 |
| 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  | 契約者、身元引受人の了解のもと、手紙の受け渡し、電話の取次ぎを行っている。                                       |      |                   |
| 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いる。 | 季節感を意識した装飾を入居者とスタッフが共同制作したり、音楽をかけたり、歌を歌うなど、心地よく過ごせるような環境作りを心がけている。          |      |                   |
| 53   |      | 共用空間における一人ひとりの居場<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   | 行事の参加を無理強いすることはないが、見るだけでもいかが、との声かけにて、自由意志を尊重している。リビング横の和室も常に利用可能な状況にしている。   |      |                   |
| 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                         | 入居の際、使い慣れたもの、家具、道具を持ち込み頂き、ご本人にとって安心感ある環境作りを、ご家族と連携して行っている。                  |      |                   |
| 55   |      | 一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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                           | スタッフは常にご入居者様の状況を把握し、気配りを持って支援を行う。失敗時もプライドを尊重した配慮を行い、日々の生活を送ることができるよう心がけている。 |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター川崎小倉

作成日 平成25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り組み内容  | 目標達成に要する期間  |
|------|------|--|---------------------------------------|---|-------------|
| 1    | 2    | 地域にお住まいの方のホームへの来訪等、地域との連携が深まっていない        | 地域にお住まいの方にホームで開催する各種イベントに出席・参加して頂く    | ホームのイベント開催前にお知らせをポストイン等で配布し、地域に開放している施設である事をアピールしながら、イベントへの出席・参加につなげる | 平成26年12月31日 |
| 2    | 12   | ご入居者の介護度重度化に関連して、ターミナルケアに対する意識、知識が不足している | ターミナルケアの意味・意義を把握し、発生時に冷静に対応できる体制を構築する | ターミナルケアに対する勉強会を開催し、職員全員に対しての学びの機会を作る                                  | 平成26年8月31日  |
| 3    | 15   | ご入居者と同じ物を同じ時、同じ場所で食事する機会がない              | 豊かな人間関係構築の為、食事だけでない共通体験の機会を設ける        | 職員、ご家族、近隣にお住まいの方とともに、共同制作・共同作業等共通体験が可能なイベントを催し、共通の話題ができ、人間関係を深める機会を作る | 平成26年12月31日 |
| 4    |      |  |                                       |   |             |
| 5    |      |  |                                       |   |             |

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。  
 注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。