

平成26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	1493800120	事業の開始年月日	平成19年10月1日	
		指定年月日	平成19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荏田東			
所在地	(224-0006) 神奈川県横浜市都筑区荏田東4-18-23			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成26年9月25日	評価結果 市町村受理日	平成26年12月15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)】

ホーム内は一つの大家族のような温かみがあり、日常の生活リズムを大切にしながら、四季を感じてもらえる工夫等をしている。また、お客様と職員が日々協力しあいながら生活をしている。例えば、食事の下ごしらえ、洗濯干し、たたみ等、利用者の能力に応じたお手伝いをして頂いている。他にも畑で野菜作りも行っていて、収穫の喜び、食べる事の喜びを味わって頂いている。

【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2-10横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成26年10月15日	評価機関 評価決定日	平成26年11月21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)】

【事業所の概要】
この事業所は、横浜市営地下鉄センター南駅から徒歩15分ほどの緑豊かな、閑静な住宅街に立地している。近隣には広大な都筑中央公園や遊歩道があり、利用者は散歩コースとして利用している。鉄筋造り2階建の2ユニットの建物で、1階にはベランダがあり、敷地内には菜園もあって、利用者は四季の野菜作りとその野菜を使った料理を楽しんでいる。

【利用者本位の支援と安心な体制作り】
利用者はできる範囲で自由に活動している。毎日散歩や体操、レクリエーション、食前体操などを行い体調管理に努めている。食事は手づくりで、利用者も一緒に調理したり配膳や後片付けをしている。洗濯ものを干したり、たたんだりして、利用者のできる事を実践している。玄関やユニットのドアは開放しており、職員が見守りを重視している。医師や看護師と連携し、24時間連携体制をとっており、安心できる医療体制になっている。看取りの研修も積極的に行っている。

【職員の意欲的な理念の実践】
「明るい笑顔」「感謝の気持ち」という理念を職員は日々実践している。職員は各種委員会に所属して、意見や提案を行い、支援の向上に努めている。管理者を中心としてチームワークがとれている。手づくりの表札や壁掛けがあり、バースディカード、クリスマスプレゼントなど、職員は利用者を「お客様」として対応し、様々な工夫をしている。職員は感謝の気持ちを大切にして、「紫陽花祭り」で利用者ひとり一人に感謝の言葉を「あじさいの詩」として記して手渡ししている。

【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
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV 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
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ニチイケアセンター荏田東
ユニット名	わかば (1F)

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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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、その時々々の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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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	
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	理念を設けている。入社時には必ず理念の説明と理解を得ている。また日々念頭におけるよう、スタッフが利用する場所に理念を掲げている。	事業所の理念は、開設時に管理者と職員で作成した。事務所と休憩室に掲示して職員は共有している。ホーム会議やユニット会議、研修会、日常の引き継ぎ時でも確認している。職員は利用者を「お客様」として対応し、「明るい笑顔」と「感謝の気持ち」を大切に日々支援している。		
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	町内会や行事に積極的に参加している。近隣の地域行事の勧誘や小学生の社会見学も増えて来ている。	荏田東4丁目自治会に加入している。地域のお祭りや運動会に職員と一緒に利用者も参加して楽しんでいる。毎日の散歩で顔なじみになり、花や野菜を頂くこともある。ニチイ祭りには地域の方も参加し、見学会も実施している。歌や踊り、三味線などのボランティアも活発である。近隣の「つづきの丘小学校」の運動会に招待されたり、社会見学での訪問があるなど交流している。		
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	地域の方が気軽に立ち寄れるような事業所を目指している。時には個人的な相談および助言を行う事もある。			
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	施設のサービスやお客様の活動等について意見交換を行い、より良いサービスの向上に努めている。	運営推進会議は3～4ヶ月毎に開催している。参加メンバーは自治会長、民生委員、家族代表、管理者・職員で、行政や地域包括支援センター職員は、日程の調整が出来ずに参加していない。会議内容は事業所の活動状況の報告と情報交換で、外部評価の報告もしている。議事録は都筑区高齢福祉課に届けている。	早めに日程を計画するなど、区の職員や地域包括支援センター職員の参加を得やすくすることを期待します。運営推進会議を情報発信の場として有効に活用されることを望みます。	
5	4	○市町村との連携 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取り組んでいる	市や他のグループホームとの連携をとりながら、サービスの向上に努めている。	都筑区高齢福祉課とは運営推進会議の議事録の提出や、要介護認定更新申請代行などで連携している。区からの入居相談や空き状況などの情報交換をしている。保健所の感染症の研修や消防署の救急救命講座に参加している。市のグループホーム連絡会に参加し、近隣のグループホームとは交流している。		

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 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	スタッフの間でケアに関して話し合い、気づかないうちに身体拘束をしていないか確認している。また、施設では全て施錠しない方針である。	身体拘束をしないことを方針として明記している。毎年事業所で、「高齢者虐待マニュアル」に基づいて研修を実施している。身体拘束廃止委員会を設けている。玄関やユニットの鍵はかけないで、職員が見守りを重視しており、外出したい方は職員が付き添って対応している。地域の交番とは連携している。	
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	個別カンファレンスを利用し、身体変化、言葉遣い等、虐待の有無の確認、発生防止に努めている。また、虐待について職員同士が確認し合う事で虐待防止に繋げている。		
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	職員に研修やマニュアル等で学ぶ機会を設けている。また、常にカンファレンスで経過を確認しあっている。		
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	ホーム長が対応している。ホームの理念や細かなサービス内容の説明等を行い、疑問点があればいつでも対応できるよう配慮している。		
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	玄関に苦情箱を設置している。また、来訪時にはご家族様からの意見を聞けるようにコミュニケーションを心がけている。	家族の来訪時や行事の参加時に意見や要望を把握している。家族の来訪のない方はメールを活用している。家族会で外出の要望があり、職員のシフトの見直しと、家族への協力要請をしている。利用者の意向は、日常の支援の中で把握している。利用者の近況を伝える「ほほえみだより」を発行している。ご意見箱も設置している。	

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
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	毎月ユニット会議の時間を設けている。個々の不満や意見は個別に聞き、ミーティングに反映させている。	毎月のホーム会議やその後行われるユニット会議、引き継ぎなどで、意見や要望を把握している。日常の支援の中で管理者に、口頭やメモで伝えることもある。管理者は定期的に、状況によってはその都度職員と面接して意見や要望を聞いている。	
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	保有資格の資格手当や処遇改善給付金を行い、働きやすく、やりがいのある職場作りに努めている。		
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	職員の社内外の研修参加や、資格取得の励行を行う事で、スキルアップの機会を設けている。また新人職員には指導者が付き添う事で、能力の向上に努めている。		
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	グループホーム協議会に入っており、年間を通じた会議や研修に参加している。常にサービスの向上に努めている。		
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	可能な限りの情報を収集、書類として作成しておく事で全職員がお客様の現況を把握出来るように努めている。また、サービス開始時から利用者が自身の事を職員に伝えやすい環境であるよう配慮している。		

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 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	ご家族との面談を通し、要望や不安等を聞き、出来る限りの対応をしている。また、記録に残す事で現場職員への伝達が円滑に出来るよう勤めている。		
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	お客様とご家族様にとっての支援の優先順位を考え、ホーム長がケアマネ、ユニットリーダーと相談して対応を検討している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	お客様の出来る事は積極的にして頂き、出来ない事は援助する事でお互いに助け合える関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	ご家族様には出来る限り来訪・外泊を検討して頂けるようお話している。また、来訪時に今までの暮らしぶり等を聞いたりする等、ホーム内の改善に反映させている。		
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	ご家族様のみならず、知人・友人・親戚の方が来訪された時は大いに歓迎している。これによって回想療法的なケアに繋げている。	家族や親せき、友人・知人の来訪がある。電話の取り次ぎも実施している。家族と一緒に外出や買い物に行くこともある。お墓参りや外泊も家族が対応している。海外に勤務する家族のもとに行く方もいる。	

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 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	それぞれの方が居心地の良い生活を送れるよう、一人ひとりの生活や生活リズムを把握し、人間関係が円滑に行くように努めている。お客様同士助け合い相互援助の関係性が出来てきた。		
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	退去後入院したお客様へは面会を行い、家族へはほほえみだよりや手紙を送付し、様子をお伺いしている。		
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。	日常の会話の中で、利用者が気軽に要望を伝えられる環境であるよう配慮している。	日常の会話や声かけなどの支援の中で、利用者の意向を把握している。意思表示の困難な方は、表情や態度から把握している。センター方式のアセスメント表を活用している。管理者は利用者が気軽に要望が言えるように、常に雰囲気づくりに配慮している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者本人、ご家族から今までの生活について把握し、可能な限り生活のスタイルを崩さないようなケアが出来るよう努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活を観察、記録に残す事で、現状の把握、および改善に繋がるよう努めている。		

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
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	常に情報を共有し、毎月のケアカンファレンスで個別の状況を確認しあい、日々のケアの中で、ご家族の面会時に希望や意見を伺いそれを元に介護計画を作成している。	管理者とケアマネジャーが利用者宅を訪問してアセスメントを作成し、暫定介護計画表を作り、1カ月後に見直して介護計画書を作成している。職員全員の参加によりモニタリングとサービス担当者会議を実施し、3カ月ごとに見直しをしている。変化があるときはその都度見直している。医師や看護師の意見は往診時や電話で確認している。日々の介護記録に経過を記入して、目標と連動させている。家族には来訪時や電話連絡で同意を得ている。	
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	毎日の生活の中での気づきや変化を介護記録に記録し、周知したい事は申し送りノートに記録している。全員が申し送りノートに目を通す事で情報の共有に努めている。また介護計画を作成している。		
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	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支援については地域ケアプラザに紹介している。		
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	散歩などを通して、近隣住民の方々に顔を覚えて頂ける機会を設けている。また、様々な地域行事に参加し、交流を図る事で、より豊かな生活になるよう支援をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	体調や気になる事がある時は家族とも相談し随時往診をして頂いている。往診医と看護師が中心となり、連携に努めている。	利用者全員が協力医（内科）を受診して、毎月2回の往診がある。緊急時にはその都度往診があり、24時間対応である。歯科医は毎週往診があり、眼科や皮膚科への通院は家族が対応している。看護師の訪問が毎週あり健康管理に努めている。「受診・健康管理記録」に受診状況を記入して職員間で情報を共有している。	

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		○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	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参考にしている。		
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。	病院関係者と常に情報交換、連絡を取り合い、早期退院を目指している。また、医師からの病状説明の場には、ご家族了承の下、同席し、退院時の受け入れ態勢が円滑に行えるよう努めている。		
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	重度化した場合や終末期のありかたについては入居時に簡単に話している。状態変化の場合は医師とも相談し家族の意思確認をし、看取り介護マニュアルに沿って進めていく。	「重度化した場合における対応に係る指針」を作成し、職員で共有している。今までに2名の看取りを実施した。医療連携体制もとれて、職員の研修を年1回および必要に応じてその都度実施している。医師・看護師、家族、管理者・職員で段階ごとに話し合い、情報の共有に努めている。夜間緊急時にはマニュアルに基づき連絡体制ができている。	
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	急変は個別対応の説明や記録をしている。事故発生時はマニュアルに沿った対応を行う。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害時には町内会の協力を頂けるようになっている。消防避難訓練を実施する際には、地域の方々に参加を呼びかけ、協力をお願いしている。	避難訓練は今年3、7、9月に実施している。消防署の立ち合いは年1回で、夜間や地震を想定した訓練も実施している。避難訓練に地域の方の参加はなく、地域の訓練に職員は参加していない。備蓄は、飲料水、非常食、日用品、着替えなど3日分確保している。	災害時には、地域との連携が不可欠です。事業所の避難訓練に、地域の方の参加と、地域の避難訓練に事業所が参加して、連携を図ることを期待します。

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	
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	職員同士で声かけの仕方は話し合っている。家族面会時などはお茶をお出しする時以外は入室を遠慮するなどのプライバシーには気をつけている。	言葉遣いには、十分注意し、問題のあるときには、管理者はその都度注意している。利用者の呼び方は特に気をつけている。研修は毎年、事業所で実施している。個人情報の記入されている書類は、事務所の鍵のかかるキャビネットで保管している。パソコンはパスワード管理をしている。		
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	会話の中で本人の意思を確認している。また、お客様が意思を伝えられやすい環境作りにも配慮している。			
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	お客様のペースに合わせられるよう、積極的な声かけを行っている。			
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	理美容は定期的に依頼している。衣類は清潔を保ち、身だしなみにも気をつけている。			
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	会話の中で好物等を聞いている。毎食後の後片付け、下ごしらえなどを一緒に行っている。	食事は手づくりで、職員とできる利用者が調理している。食材は職員が近隣のスーパーで買っている。献立は利用者の意向を聞いて職員が作成している。利用者は調理、配膳、後片付けなどできる事をしている。利用者の体調に応じて、きざみ食、ミキサー食などにも対応している。正月にはおせち料理、クリスマスには手づくりケーキなどの行事食を楽しんでいる。近隣の魚屋で寿司を作ってもらうこともある。		

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
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	職員同士で情報の共有をし食べられる量を提供している。水分量は全員の一覧表を作り把握記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後歯磨きの声かけをしている。介助の必要な方にはそれぞれ介助を行っている。		
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	排泄チェック表を作り、介助の必要な方はパターンで誘導する事で失敗が少なくなる様に支援している。オムツの使用枚数を極力控えるよう努力している。	自立者は10名で、他の方はオムツを使用している。トイレでの排泄を優先している。排泄パターンを把握して、時間を決めて、トイレに誘導している。退院後にオムツを使用していた方が、パンツ使用に改善した事例がある。各ユニットごとに3箇所トイレがあり、表示も大きくわかりやすくなっている。	
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	排泄チェック表を利用し、日々の排泄を確認、便秘の予防に役立っている。また、日々の食事において繊維質の豊富な物、野菜を多めに使用する等、工夫している。		
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	見守り介助や全介助の方が多く中々希望に添えないが、自立の方には希望時にシャワー浴等なるべく希望に応じている。便失禁の時などは随時シャワー浴対応している。	週2回、午前中に入浴することを原則としている。要望があれば、毎日入浴したり、夕方に入浴する方もいる。お湯の温度の要望にも対応している。入浴したがない方には、声かけの内容を変えたり、時間をずらしたり、担当者を変えたりして対応している。菖蒲湯やゆず湯を楽しむこともある。同性介助を希望する方には対応している。	

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 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	お客様の生活習慣や体力などを気にかけて、休息して頂いている。		
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	薬情報を元に理解している。服薬介助は二名で確認するダブルチェックを行い、誤薬・忘れのないよう十分注意している。薬の変更等があった場合は薬局と連携し、説明を受けている。		
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	歌が好きな方が多いのでカラオケ、歌番組などで盛り上がっている。毎日のように散歩や畑仕事など様々な楽しみを支援している。		
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	散歩、買い物等外出の機会を設けている。家族との外出などもある。	毎日天気の良い日には散歩に出かけている。車いすの方も職員が付き添っている。遠出の外出は、家族の協力をお願いしている。近隣のスーパーやコンビニ、薬局に買い物に出かける事もある。地域のお祭りや運動会にも参加している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人希望と家族了解の元でお金を所持して自由に使っている方がいる。基本ホーム管理になっている。		

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
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	希望者は自由に出来るようになっている。取次ぎ等も行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 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	居室にはスタッフ手作りの表札を設置し、混乱を招かないようにしている。また、リビングや廊下に季節を感じさせる飾りづけをしている。	リビングは明るく、職員と利用者による手づくりの作品を飾り、季節感を演出している。「今年の抱負」や「あじさいの詩」を掲示している。和室があり、テレビやカラオケを楽しんでいる。清掃は職員とできる利用者が実施しているほか、業者による清掃が6ヶ月ごとにある。空気清浄機が設置されており、毎朝窓を開けて、換気には注意している。1階のベランダで外気浴やお茶を楽しむこともできる。オープンキッチンで職員が見守りやすいレイアウトになっている。	
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	気のあった人と座席を近くにしたり等気配りしている。		
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	毎日掃除を行い清潔に努めている。使い慣れた物を持ち込んで頂き安心出来る環境作りに努めている。	エアコン、クローゼット、照明、カーテン、空気清浄機が備え付けられている。テレビやダンス、仏壇や位牌、家族の写真などを持ち込んでいる方もいる。新聞をとっている方、趣味の読書を楽しむ方、誕生日のプレゼントを飾っている方もいる。	
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	利用者一人ひとりの能力を把握し、QOLの維持、向上の為に自立支援を行っている。また、安全面も考慮して支援にあたっている。		

事業所名	ニチイケアセンター荏田東
ユニット名	そよかぜ (2F)

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。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：38)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：49)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 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。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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
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	理念を設けている。入社時には必ず理念の説明と理解を得ている。また日々念頭におけるよう、スタッフが利用する場所に理念を掲げている。		
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	町内会や行事に積極的に参加している。近隣の地域行事の勧誘や小学生の社会見学も増えて来ている。		
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	地域の方が気軽に立ち寄れるような事業所を目指している。時には個人的な相談および助言を行う事もある。		
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	施設のサービスやお客様の活動等について意見交換を行い、より良いサービスの向上に努めている。		
5	4	○市町村との連携 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取り組んでいる	市や他のグループホームとの連携をとりながら、サービスの向上に努めている。		

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
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	スタッフの間でケアに関して話し合い、気づかないうちに身体拘束をしていないか確認している。また、施設では全て施錠しない方針である。		
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	個別カンファレンスを利用し、身体変化、言葉遣い等、虐待の有無の確認、発生防止に努めている。また、虐待について職員同士が確認し合う事で虐待防止に繋げている。		
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	職員に研修やマニュアル等で学ぶ機会を設けている。また、常にカンファレンスで経過を確認しあっている。		
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	ホーム長が対応している。ホームの理念や細かなサービス内容の説明等を行い、疑問点があればいつでも対応できるよう配慮している。		
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	玄関に苦情箱を設置している。また、来訪時にはご家族様からの意見を聞けるようにコミュニケーションを心がけている。		

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
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	毎月ユニット会議の時間を設けている。個々の不満や意見は個別に聞き、ミーティングに反映させている。		
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	保有資格の資格手当や処遇改善給付金を行い、働きやすく、やりがいのある職場作りに努めている。		
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	職員の社内外の研修参加や、資格取得の励行を行う事で、スキルアップの機会を設けている。また新人職員には指導者が付き添う事で、能力の向上に努めている。		
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	グループホーム協議会に入っており、年間を通じた会議や研修に参加している。常にサービスの向上に努めている。		
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	可能な限りの情報を収集、書類として作成しておく事で全職員がお客様の現況を把握出来るように努めている。また、サービス開始時から利用者が自身の事を職員に伝えやすい環境であるよう配慮している。		

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 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	ご家族との面談を通し、要望や不安等を聞き、出来る限りの対応をしている。また、記録に残す事で現場職員への伝達が円滑に出来るよう勤めている。		
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	お客様とご家族様にとっての支援の優先順位を考え、ホーム長がケアマネ、ユニットリーダーと相談して対応を検討している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	お客様の出来る事は積極的にして頂き、出来ない事は援助する事でお互いに助け合える関係作りをしている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	ご家族様には出来る限り来訪・外泊を検討して頂けるようお話している。また、来訪時に今までの暮らしぶり等を聞いたりする等、ホーム内の改善に反映させている。		
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	ご家族様のみならず、知人・友人・親戚の方が来訪された時は大いに歓迎している。これによって回想療法的なケアに繋げている。		

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
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	それぞれの方が居心地の良い生活を送れるよう、一人ひとりの生活や生活リズムを把握し、人間関係が円滑に行くように努めている。お客様同士助け合い相互援助の関係性が出来てきた。		
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	退去後入院したお客様へは面会を行い、家族へはほほえみだよりや手紙を送付し、様子をお伺いしている。		
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。	日常の会話の中で、利用者が気軽に要望を伝えられる環境であるよう配慮している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用者本人、ご家族から今までの生活について把握し、可能な限り生活のスタイルを崩さないようなケアが出来るよう努めている。		
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	利用者一人ひとりの生活を観察、記録に残す事で、現状の把握、および改善に繋がるよう努めている。		

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
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	常に情報を共有し、毎月のケアカンファレンスで個別の状況を確認しあい、日々のケアの中で、ご家族の面会時に希望や意見を伺いそれを元に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	毎日の生活の中での気づきや変化を介護記録に記録し、周知したい事は申し送りノートに記録している。全員が申し送りノートに目を通す事で情報の共有に努めている。また介護計画を作成している。		
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	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支援については地域ケアプラザに紹介している。		
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	散歩などを通して、近隣住民の方々に顔を覚えて頂ける機会を設けている。また、様々な地域行事に参加し、交流を図る事で、より豊かな生活になるよう支援をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	体調や気になる事がある時は家族とも相談し随時往診をして頂いている。往診医と看護師が中心となり、連携に努めている。		

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 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参考になっている。		
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。	病院関係者と常に情報交換、連絡を取り合い、早期退院を目指している。また、医師からの病状説明の場には、ご家族了承の下、同席し、退院時の受け入れ態勢が円滑に行えるよう努めている。		
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	重度化した場合や終末期のありかたについては入居時に簡単に話している。状態変化の場合は医師とも相談し家族の意思確認をし、看取り介護マニュアルに沿って進めていく。		
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	急変は個別対応の説明や記録をしている。事故発生時はマニュアルに沿った対応を行う。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害時には町内会の協力を頂けるようになっている。消防避難訓練を実施する際には、地域の方々に参加を呼びかけ、協力をお願いしている。		

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
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	職員同士で声かけの仕方は話し合っている。家族面会時などはお茶をお出しする時以外は入室を遠慮するなどのプライバシーには気をつけている。		
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	会話の中で本人の意思を確認している。また、お客様が意思を伝えられやすい環境作りにも配慮している。		
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	お客様のペースに合わせられるよう、積極的な声かけを行っている。		
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	理美容は定期的に依頼している。衣類は清潔を保ち、身だしなみにも気をつけている。		
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	会話の中で好物等を聞いている。毎食後の後片付け、下ごしらえなどを一緒に行っている。		

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
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	職員同士で情報の共有をし食べられる量を提供している。水分量は全員の一覧表を作り把握記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後歯磨きの声かけをしている。介助の必要な方にはそれぞれ介助を行っている。		
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	排泄チェック表を作り、介助の必要な方はパターンで誘導する事で失敗が少なくなる様に支援している。オムツの使用枚数を極力控えるよう努力している。		
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	排泄チェック表を利用し、日々の排泄を確認、便秘の予防に役立てている。また、日々の食事において繊維質の豊富な物、野菜を多めに使用する等、工夫している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	見守り介助や全介助の方が多く中々希望に添えないが、自立の方には希望時にシャワー浴等なるべく希望に応じている。便失禁の時などは随時シャワー浴対応している。		

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 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	お客様の生活習慣や体力などを気にかけて、休息して頂いている。		
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	薬情報を元に理解している。服薬介助は二名で確認するダブルチェックを行い、誤薬・忘れのないよう十分注意している。薬の変更等があった場合は薬局と連携し、説明を受けている。		
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	歌が好きな方が多いのでカラオケ、歌番組などで盛り上がっている。毎日のように散歩や畑仕事など様々な楽しみを支援している。		
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	散歩、買い物等外出の機会を設けている。家族との外出などもある。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人希望と家族了解の元でお金を所持して自由に使っている方がいる。基本ホーム管理になっている。		

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
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	希望者は自由に出来るようになっている。 取次ぎ等も行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 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	居室にはスタッフ手作りの表札を設置し、混乱を招かないようにしている。また、リビングや廊下に季節を感じさせる飾りづけをしている。		
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	気のあった人と座席を近くにしたり等気配りしている。		
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	毎日掃除を行い清潔に努めている。使い慣れた物を持ち込んで頂き安心出来る環境作りに努めている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者一人ひとりの能力を把握し、QOLの維持、向上の為に自立支援を行っている。また、安全面も考慮して支援にあたっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター 荏田東

作成日 平成26年12月5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	4	運営推進会議の定期的 に開催する。	最低でも3ヶ月に1度 開催する。	開催した時点で次回のご案内を確実にする。	1年間
2	35	災害時のご近所との 連携	ご近所とのお付き合い	積極的に地域の行事に参加して今以上にホームのことを理解していただく。	1年間
3					
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。