

平成 27 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 | 1495600080 | 事業の開始年月日 | 平成21年4月1日 |
| | | 指定年月日 | 平成21年4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栗平 | | |
| 所在地 | (〒215-0031) 神奈川県川崎市麻生区栗平 1-2-13 | | |
| 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 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1日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成28年2月5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）】

| |
|---|
| <p>当事業所は、利用者が中心となり、ホームが家庭的な雰囲気になることを目標に運営しております。</p> <p>利用者が安心して安全に暮らせる支援をしながら、しっかり言葉や心にも耳を傾け、利用者が暮らしの内容を決定出来るよう支援をしています。</p> <p>地域とのつながりを大事にしていくことも、グループホームの大切な役割であると考えています。</p> |
|---|

【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 | 神奈川県横浜市中区本町2丁目10番 横浜大栄ビル8階 | | |
| 訪問調査日 | 平成27年9月25日 | 評価機関 評価決定日 | 平成28年1月26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>【事業所の概要】 この事業所は小田急多摩線栗平駅から徒歩7分の住宅地にある。鉄骨2階建ての建物に、当該グループホームと同一法人の通所介護、訪問介護、訪問看護ステーションを併設している。間取りは、居間・食堂・キッチンがスタッフルームとユニット玄関近くにあり、職員が見守りやすい配置となっている。共有空間は陽当たりが良く清潔で、テレビやソファが置かれている。居間に接して掘りこたつのある和室がある。壁面には利用者の書道や塗り絵の作品、行事の写真などで季節感を創出している。</p> <p>【理念に沿った運営】 運営理念「笑顔で楽しく役割の持てる生活を送っていただけるよう、元気いっぱい対応します」を実践するため、利用者の思いを職員が共有し、日々の生活を職員と一緒に笑顔で過ごすことを志向している。利用者の日々の生活に生き甲斐を見出すため、一人ひとりの身体能力に応じた役割を持っていただき、生活リハビリを通じて現存能力の維持に努めている。</p> <p>【健康管理と災害対策】 月2回協力医の訪問診療があり、週1回訪問看護師による健康管理と歯科衛生士の口腔ケアがある。従前のかかりつけ医を受診する方は家族が付き添っている。訪問マッサージの利用や精神科を受診している方もいる。医療連携体制により24時間オンコール体制がある。消火・避難誘導訓練を年2回実施している。災害備蓄として、飲料水と缶詰などのレトルト食品など3日分を備蓄している。</p> <p>【地域交流と利用者の暮らしぶり】 片平町内会に賛助会員として加入している。事業所の夏祭りには家族が20名ほど参加し、近隣の音楽大学の学生が演奏会を開いてくれる。秋季のニチイ祭りは併設の通所介護事業所と合同で開催し、家族や地域住民を招待している。週1回地域の健康ウォーキングに職員が付き添い地域住民との交流を図っている。近くの温泉施設で足湯と昼食を楽しんでいる。毎月1回書道ボランティアが来訪している。利用者は歌唱やレクリエーションを楽しみ寛いでいる。</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 |
|------------------------------|---------|---------|
| 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栗平 |
| ユニット名 | グループホーム 1階 |

| 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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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、生き活きと働けている。 (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 | 職員全員でホームの理念を作り、毎日朝・夕必ず全員で唱和する事で確認し合っている。 | 事業所独自の理念は「笑顔で楽しく役割の持てる生活を送っていただけるよう、元気いっぱい対応します」である。社是や経営理念と共にスタッフルームやリビングに掲示している。この理念は6年前の開業時に職員が作成したものを継承している。職員は毎日の朝夕の申し送り時に唱和して、理念を共有している。職員は利用者が笑顔で楽しく生活できるように支援している。 | |
| 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 | 日々可能な限り地域へ散歩に出て地域の方との出会いを大切にしている。近隣の温泉施設やスーパーやコンビニでの買い物も大切な場となっている。 | 片平町内会に賛助会員として加入している。事業所の夏祭りには家族が20名ほど参加し、近隣の音楽大学の学生が演奏会を開いてくれる。秋季のニチイ祭りは併設の通所介護事業所と合同で開催し、家族や地域住民を招待している。週1回地域の健康ウォーキングに職員が付き添い地域住民との交流を図っている。毎月1回書道ボランティアが来訪している。 | |
| 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 | 地域の健康ウォーキングに参加し、認知症の方とのかかわり方を外部の方に見て頂いている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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 | 2ヶ月に一度開催をし、行事や研修、出来事を報告して意見交換やアドバイスを受け、運営に活かしている。 | 運営推進会議は2ヶ月毎に開催し、家族代表、地域住民代表（元市議会議員）、地域包括支援センター職員、民生委員、建物オーナー、事業所職員が参加している。会議では事業所の運営報告、参加者から地域の情報提供があり、地域交流や防災協力を話し合っている。外部評価結果や目標達成計画も報告し、報告書を玄関に開示している。 | 保育所、幼稚園や小中学校児童との交流については、当該会議を活用し促進されることを期待します。 |
| 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 | 区役所の支援課、保護課と連絡を取り、利用者やご家族との関りも含め取り組んでいる。 | 麻生区役所高齢・障害課や生活保護課とは相談等を通じて連携している。地域包括支援センターから利用者の紹介や情報提供がある。保健所主催の感染症の研修や消防署主催の防災講習会に参加している。川崎市高齢者事業推進課事業者指導係に事故報告を行っている。 | |

| 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 |
| 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 | 身体拘束をしないケアの研修を行なっている。 地域の状況や利用者のリスク回避の為に一部玄関の施錠は行なったが、早い開錠とした。 | 身体拘束を行わないことを運営規程や重要事項説明書に明記し、研修を行っている。主玄関の施錠は、防犯上やむを得ないことを家族に説明し了解を得ている。ユニット玄関にはセンサーを設置し、職員の見守りで対応している。利用者の不意の外出の際には職員が付き添い、近隣と一緒に散歩して気分転換を図っている。また利用者から外出の要望があれば職員が主玄関扉を開錠し、付き添っている。 | |
| 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 | 「高齢者虐待防止」についての研修を実施している。 日々の申し送りにおいて言葉使いや態度も見逃す事の無いよう指導し、全員で防止に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 川崎市あんしんセンターを活用している方がいるため、少しずつ理解は深まっているが、今後も学習を続けていく必要がある。 | | |
| 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 | 契約時には重要事項説明書にて細かく事例を挙げ説明している。今年度は介護報酬改定があり、書面でお知らせし、来訪時や電話等で説明し、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 | ご家族には家族会や毎月の手紙、来訪時の会話等で関係構築に努め、意見を頂いている。毎年アンケートの実施に伴い、結果について会議で反映させている。 | 利用者・家族からの要望は支援経過に記録して、担当者会議等で協議し、ケアプランに反映している。家族からマッサージ利用の要望があり実施した。クリスマス会の後に「家族会」を開催している。法人が年に1回「顧客満足度調査」を実施している。毎月「栗平ほほえみ通信」で行事報告や職員の入退職などを知らせている。 | 今回の外部評価の「利用者家族等アンケート」から得られた要望等については、運営に反映されることを期待します。また、家族には「栗平ほほえみ通信」を活用し、きめ細かい運営報告を期待します。 |

| 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 |
| 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 | 管理者は、ミーティングやカンファレンス、面談の機会を設けて、職員の声を聴くよう心がけている。 | 管理者は、ミーティングのほか、日常的に職員の意見や要望を聞いている。年1回管理者は職員と「個別面接」を行い、業務方針や改善などを話し合っている。職員は日常ケアや介助方法を提案し実施している。利用者から「囲碁をしたい」との要望を聞き、系列事業所の利用者との仲立ちを図り、家族の同意を得て実現した例がある。法人がキャリアアップ制度を使い、資格取得等に対する評価を拡充し、職員のモチベーションアップを図っている。 | |
| 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 | キャリアアップの制度を使い、給与水準を上げ、やりがいや責任感が生まれるよう努めている。6月から勤続年数や資格取得による手当が増設されている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの経験や介護力を見て適時資料を用意して指導し、OJTを実施、育成に努めている。外部研修の提案もしながら勉強出来る機会を作っている。社内に身体介助研修やテクニカル研修制度が有り、対象者の受講が可能である。 | | |
| 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、リーダーは近隣の施設と関りを持ち、質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 |
| 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 | 事前に提供された情報を基に初期の観察シートを1ヶ月使用して様子観察を記録に残している。会話を多くもち、言葉や思いに耳を傾けている。 | | |
| 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 | 計画書にはご家族の要望も伺い、支援の方針を作成し説明をしている。電話や面会時には全スタッフが状況を伝え信頼が得られるよう支援している。 | | |
| 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 | 入居前にご本人とご家族がホームでどういう暮らしを望んでいるか、スタッフにどのような支援を求めているのか伺い、思いを受け止め対応している。 | | |
| 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 | ご本人の意思で生活が組み立てられる為の支援に力を入れている。業務優先でなく、ゆったりと一緒に家事が出来るような働きかけをしている。 | | |
| 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 | ご家族の協力も得ながら利用者の暮らしを共に支えたいという方針を最初に伝えている。訪問診療、歯科受診時も同席をお願いして、関係作りに努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 手紙のやり取りの支援を含め、親戚との電話連絡にも力を入れている。だがご縁が薄く家族以外は居ない利用者が多い実情もある。 | 友人や家族の来訪があった時は、居室で接待している。食事の手伝いや行事などで、日常的にユニット間の交流がある。囲碁愛好者は、系列の事業所の利用者と交互に訪問し合い楽しんでいる。毎月実家に帰省したり、墓参りに出かける方がいる。電話の取次ぎや年賀状の手伝いは職員が支援している。入院中の利用者には、仲の良い利用者が書いた年賀状を、職員が届けている。 | |
| 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 | 利用者同士が居室で過ごすなど関係性が構築できるよう機会を作っている。ただコミュニケーションの取れる方は一部である。 | | |
| 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 | ご家族が様子を知らせて下さる事や、職員が移設先に伺う事もある。 | | |

| 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 |
| 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。 | 利用者の思いや意向は日々の会話や暮らしの中に有り、スタッフ全員で把握に努めている。 | 利用開始時に見学してもらい、聞き取りで生活歴や好みをセンター方式のアセスメントに記入して、職員間で共有している。日常的にはコミュニケーションを円滑にして把握している。独居の方には成年後見人にも聞いている。意志の疎通が困難な方には、家族から情報を得たり、個々の表情や様子で把握している。入居後も1~2年ごとに意向の変化を確認している。 | |
| 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 | ご家族より情報を得るがご本人より暮らしを通して情報を得る努力をしている。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている | 日々の記録、申し送りノート、受診記録を活用し、対応している。介護記録と日常生活支援シートを一緒に綴じて常に新しい記述が出来、全員が周知出来るようにしている。 | | |
| 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 | モニタリングを実施し課題に取り組んでいる。ご家族と利用者の意向をくみながら介護計画を作成している。 | 利用者・家族の意向はセンター方式のアセスメントを利用して把握している。医師や訪問看護師の情報を「受診・健康管理記録」に記入し、介護計画に反映している。基本3ヵ月毎に、落ち着いている利用者は6ヵ月毎にサービス担当者会議で介護計画を見直している。課題であった、介護計画と連係した支援経過記録の記帳方法については、試行錯誤中である。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | スタッフは現場に出る前に必ず前出勤日以降の記録に目を通し、申し送りや受診記録にも目を通す時間を設けている。常に最新の情報が共有出来るようにしている。 | | |

| 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 |
| 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、その時々にも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 | 1階・2階の共同行事、いつでもフロアでの行き来によりニーズの対応をはかっている。隣接のデイサービスでの活動参加も有り、ボランティアの来訪や個別支援の実践にも力を注いでいる。 | | |
| 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 | 徒歩圏内の温泉施設・公園・商業移設など限られた範囲ではあるが活用し、馴染みの中で生き生き暮らして頂ける様努めている。 | | |
| 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 | 希望に合わせ選択出来る事の説明を行い、個別に柔軟に対応している。現在、訪問診療7名、通院2名。 | 月2回協力医の訪問診療があり、週1回訪問看護師による健康管理と歯科衛生士の口腔ケアがある。歯の治療が必要な方は訪問歯科を受診している。従前のかかりつけ医を受診する方は家族が付き添っている。訪問マッサージの利用や精神科を受診している方もいる。診療情報は「受診・健康管理記録」に記入し、介護計画の見直しに反映している。医療連携体制により24時間オンコール体制がある。 | |
| 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 | 当ホームに看護職員は在籍していない。医療連携での看護師とは受診記録と報告書を使用して適切な看護を受けられるようにスタッフ全員が対応している。緊急時の相談や指示も受けている。 | | |
| 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。 | 過去1年で1名の入院者があった。入院3日後に死去されているが、病院を訪問し、状況の確認や今後について、家族も交えて医療関係者と情報交換を行った。 | | |

| 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 |
| 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 | 今年度は看取りのケースはなかったが、入院3日後、死去されたケースがあった。重度化が予想できる方のご家族には、事前に事業所でできることを説明している。 | 「重度化した場合における対応に係わる指針」があり、利用者・家族に説明している。利用者が重度化した場合は、本人・家族の意向に沿いチームケアによる看取り、または、入院支援を行う方針である。3年前に1名の看取りをした。最近は見取を行っていないが、重度化に伴い入院を希望された方の入院支援は行っている。看取りマニュアルはない。 | これまでの看取り経験を、全職員に周知（研修、ロールプレイ）することを期待します。 |
| 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 | 体調急変や事故の対応に「緊急対応時の手引き」や「緊急連絡網」を用意して周知している。OJTや研修時にロールプレイニングで実践体験もしている。 | | |
| 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 | 消防署立会下、年二回の防災訓練や避難訓練、消防設備の使用など練習を行なっている。地域の協力者とも協力体制についてお願いをしている。 | 今年の3月23日にグループホームの自主訓練として、消火・避難誘導訓練を実施した。6月15日には消防署立会の下、併設の通所介護事業所と訪問介護事業所との合同消火・避難訓練を実施した。一時避難場所は、隣接している建物オーナーの駐車場を利用している。公共の避難場所は近隣の小学校である。災害備蓄として、事業所内にウォーターサーバーとペットボトルの飲料水、缶詰などのレトルト食品を3日分備蓄しているほか、カセットコンロ、懐中電灯なども準備している。地域の防災訓練には参加していない。 | 災害に備え、地域との協力体制（近隣住民の協力、町内会や自衛消防団などとの合同訓練など）を構築することを期待します。また、夜間想定訓練を実施す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 | 利用者は人生の先輩で有り、いろいろな体験やご苦勞をされて、今の出会いがある事をスタッフ同士確認しあい尊厳の保持に努めている。言葉遣い、態度に気をつけている。 | 契約書などで「入居者の人格を尊重し守る」ことを明記している。管理者は職員に対して、利用者は人生の先輩であるとの考えの下、言葉遣いに注意するように指導している。職員は入職時に個人情報保護の誓約書を提出し、人格の尊重、プライバシーの確保、接遇や認知症の対応について研修を受講している。個人情報に係る重要書類は、スタッフルームの書庫に施錠保管している。 | |
| 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 | 断定でなく、伺い形式の言葉掛けをしてお返事を頂き、自己決定、自己選択が出来るよう働きかけている。 | | |
| 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 | 日々体調や状況、又ご家族都合が有り、一人ひとりのお気持ちに合わせ対応している。業務を優先してはならない事を常に指導している。 | | |
| 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 | 起床時の更衣・整容や入浴時の着替えもご本人の意向を伺い、支援している。 | | |
| 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 | 調理、配膳、片付けは利用者の力に合わせ参加して頂き、スタッフも一緒に食事し一体感を作るよう努めている。食事中も会話が楽しめるよう話題を提供し、笑顔で過ごして頂いている | 食材は、週3日間は利用者の要望を聞き、職員が献立をたて、スーパーマーケット等で利用者と一緒に食材を購入している。朝食と約半月分の昼食・夕食は、レシピ付き食材を配食業者から購入している。調理は主に職員が行っているが、利用者も各自の好みのエプロンを掛け、調理の下準備や配膳、下膳等を手伝っている。食器は各自のものを使用している。誕生日には、個人の希望で出前の寿司の出前をとることもある。訪問時の昼食は職員の内、1名は、利用者を介助しながら同じ食事をとっていた。 | |

| 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 | 毎日利用者毎に介護記録があり、摂食量、水分、睡眠などを記録し、全員で周知確認している。嚥下能力に応じ、刻み食で対応しているケースもある。 | | |
| 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 | 3食後スタッフが声かけ、お手伝いにより歯磨きをして頂いている。又毎週、歯科衛生士がホームにきて口腔ケア体操や、口腔内のお掃除も行なっている。 | | |
| 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 | 個々の排泄リズムの把握は記録やミーティングで周知し、リハビリは可能な限り使用を減らしている。特に日中はトイレ誘導により結果が出ている。 | 排泄介助が必要な方には排泄表で排泄パターンを把握し、トイレに誘導している。個別誘導の効果で、リハビリパンツの方が布パンツに改善した事例がある。トイレは各ユニットに3ヵ所あり、扉に大きな文字とイラストで分かりやすく表示している。リビングに近いトイレは車いす対応で広く、手すり、肘掛、鏡、手洗い、ペーパータオルが備え付けられている。排便コントロールとして、ヨーグルトとヤクルトを毎日提供している。 | |
| 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 | 計画書には体調面にも支援目標をたてて、Drとも情報を共有して個々に対応している。ヨーグルト、ヤクルトは毎日提供している。下剤でコントロールしている方もいる。 | | |
| 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 | 予定は一応たてているが、体調や、希望により柔軟に対応をしている。体調面や本人の意向によりシャワー浴になっているケースもある。 | 原則、週2回入浴しているが、希望により柔軟に対応している。浴室にリフトがないため、座位がとれない方はシャワー浴で対応している。脱衣室にはエアコンを設置してヒートショック防止対策をしている。菖蒲湯や柚子湯で季節感を楽しんでもらっている。近くの温泉施設（栗平の湯）の足湯にも出かけている。入浴を好まない方には、対応する職員を替えたり、時間をおいたり、ドライシャンプーや清拭で対応している。同性介助の要望があれば対応している。 | |

| 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 | 個々の生活習慣に応じてベッドや畳の対応もしている。又季節に応じて温度や寝具にも配慮し、入眠時間も押し付ける事無く、思い思いに眠れる体制にしている。日中も同様である。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりを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 | 薬の説明書にて理解、効能などファイルに綴じて毎日確認しながらセットと投薬を行なっている。月二回、Drと情報を共有して利用者と相談後に継続処方となっている。 | | |
| 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 | 日々生活の中で力に応じ、家事の参加を通し、やりがいを感じて頂ける支援をしている。又希望に応じ嗜好品も楽しんでいる利用者もいる。 | | |
| 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 | 散歩や買い物は希望に添って外出している。ご家族との外出支援も積極的にお願している。市区町村外の支援が出来ない為、範囲が狭い現状がある。又利用者によりご家族に差が多い | 毎日、身体状況に応じて近隣の公園や川沿いに散歩に出かけている。時には散歩を兼ねてコンビニエンスストアやドラッグストアに買い物に出かけている。夏季以外は近くの温泉施設で足湯と昼食を楽しんでいる。1階のテラスで日光浴やガーデニングを楽しんでいる。初詣や桜の花見にも出かけている。雨の日はウォーキングマシンを使ったり、階段昇降を行っている。個別対応で、喫茶店に出かけることもある。 | |
| 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 | ご家族の希望も有りお金の所持は1名である。支払いが可能な利用者は殆ど無いが機会があれば支援していきたい。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者に手紙がきた場合には支援して返事を書いて頂き送っている。電話はご家族や友人に積極的に掛けられるよう関わっている。又掛けて頂けるようお願いもしている。 | | |
| 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 | 共用スペースは毎日利用者と掃除をしている。季節に合わせて折り紙や花も飾っている。 | 居間・食堂・キッチンがユニット玄関近くにあり、職員が見守りやすい配置となっている。居間・食堂は陽当たりが良く清潔で、テレビやソファが置かれている。居間に接して掘りごたつがある和室がある。壁面には利用者の書道や塗り絵の作品、行事の写真などで季節感を創出している。居間にウォーターサーバーが設置され利用者が自由に飲水することができる。利用者は居心地よく寛いでいる。 | |
| 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 | ベランダに出て歌を歌ったり、お茶を飲む事もある。和室では昼寝や、ピアノを弾くなど、一人ひとりが自由に過ごせるよう環境を整えている。 | | |
| 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 | 居室にはお家で使用していた馴染みの物をお持ち頂けるようお願いをしている。ご家族の写真飾っている部屋もある。 | 居室にはエアコン、換気扇、照明器具が備え付けられている。自宅から使い慣れたベッド、テーブル、イス、テレビ、整理タンスや仏壇などを持ち込んでいる。家族写真や思い出の写真、趣味の作品なども飾っている。介護に必要な介護ベッドや車いすは、事業所で用意している。室内は整理整頓され清潔である。 | |
| 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 | 各居室に名前を張り、トイレにも張り紙をしている。ウォーターサーバーも自らの意思で行動する為に設置をしている。 | | |

| | |
|-------|-------------|
| 事業所名 | ニチイケアセンター栗平 |
| ユニット名 | グループホーム 2階 |

| 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、生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 | 職員全員でホームの理念を作り、毎日朝・夕必ず全員で唱和する事で確認し合っている。 | | |
| 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 | 日々可能な限り地域へ散歩に出て地域の方との出会いを大切にしている。近隣の温泉施設やスーパーやコンビニでの買い物も大切な場となっている。 | | |
| 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 | 地域の健康ウォーキングに参加し、認知症の方とのかかわり方を外部の方に見て頂いている。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 2ヶ月に一度開催をし、行事や研修、出来事を報告して意見交換やアドバイスを受け、運営に活かしている。 | | |
| 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 | 区役所の支援課、保護課と連絡を取り、利用者やご家族との関りも含め取り組んでいる。 | | |

| 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 |
| 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 | 身体拘束をしないケアの研修を行なっている。 地域の状況や利用者のリスク回避の為に一部玄関の施錠は行なったが、早い開錠とした。 | | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 「高齢者虐待防止」についての研修を実施している。 日々の申し送りにおいて言葉使いや態度も見逃す事の無いよう指導し、全員で防止に取り組んでいる。 | | |
| 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 | 成年後見人・川崎市あんしんセンターを活用している方がいるため、少しずつ理解は深まっているが、今後も学習を続けていく必要がある。 | | |
| 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 | 契約時には重要事項説明書にて細かく事例を挙げ説明している。今年度は介護報酬改定があり、書面でお知らせし、来訪時や電話等で説明し、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 | ご家族には家族会や毎月の手紙、来訪時の会話等で関係構築に努め、意見を頂いている。毎年アンケートの実施に伴い、結果について会議で反映させている。 | | |

| 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 | 管理者は、ミーティングやカンファレンス、面談の機会を設けて、職員の声を聴くよう心がけている。 | | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | キャリアアップの制度を使い、給与水準を上げ、やりがいや責任感が生まれるよう努めている。6月から勤続年数や資格取得による手当が増設されている。 | | |
| 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 | 一人ひとりの経験や介護力を見て適時資料を用意して指導し、OJTを実施、育成に努めている。外部研修の提案もしながら勉強出来る機会を作っている。社内に身体介助研修やテクニカル研修制度が有り、対象者の受講が可能である。 | | |
| 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、リーダーは近隣の施設と関りをもち、質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 |
| 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 | 事前に提供された情報をもとに入居後も1ヶ月間は毎日の様子・思いを24時間シートに記録し、本人の安心を確保できるように努めている。 | | |
| 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 | 入居前に家族の要望・願いを伺うとともに、入居後も電話や面会時にお話を伺い、サービス後の生活状況をお伝えしながら、家族との会話の機会を増やし、良い関係作りに努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人・家族の要望をしっかりと伺い、本人と家族の不安を少なくする方向でのサービス提供をしている。 | | |
| 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 | 利用者の個々の能力に応じた役割を見つけ、声かけによる意思確認をしながら家事などを行っている。職員と共に作業することで信頼関係の構築につなげている。 | | |
| 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 | 家族がGHに足を運びやすいよう環境を整え、外出にも協力をいただけるようにしている。家族の来訪時には利用者の日々の状況を報告し情報の共有を図っている。 | | |

| 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 |
| 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 | ご友人が訪ねてきたり電話をかけてくださる方もいるが、ほとんどの方は、ご家族のみの関係となっている。ご家族の来訪は、週3日～月1回と頻度に差はあるが、来訪の機会が多い。 | | |
| 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 | 居室を訪問し利用者同士で音楽を楽しんでいる関係などもある。廊下のソファで夜間話し込んでいるケースもある。1Fの利用者を招いたり、1Fを訪問したりして、ユニット外にも人間関係が広がるよう支援している。 | | |
| 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 | 職員が退去先を訪問したり、電話で現状の確認をしたりしている。家族には相談に乗る旨をお伝えている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | 9 | ○思いや意向の把握 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。 | 基本情報は生活の中での利用者の言動や家族から得ている。入浴介助や夜勤帯など利用者と1対1になる状況で、細かな情報を聞き出せるよう留意し、担当者会議などで情報を共有している。 | | |
| 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 | 家族などから生活歴の情報を得た上で、利用者からも日常会話の中から過去の経緯を聴くよう留意している。アセスメントの結果は各職員が閲覧できるようにしている。 | | |
| 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 | 毎日の記録の活用、申し送りで変化を共有し、日々対応している。日々の情報に応じて、家事作業やレクリエーションなど、その人に合った活動を提供している。 | | |
| 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 | モニタリングを行い、カンファレンスの中で気づいたことなどを出し合っている。本人や家族、Dr.に参加してもらうこともあり、介護計画作成に活かしている。 | | |
| 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 | 日々の記録を、現場に出る前に確認するようにしている。重要な事項は1日2回の申し送りで伝達し、1F・2F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 |
| 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 | 公園での花見など、自立度の高い利用者を中心に外出をしている。タクシーを利用し他事業所へ囲碁を打ちに行かれる方もいる。別途ヘルパーを使い外出する方の支援もしている。 | | |
| 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 | 徒歩圏の商業施設での買物、レストランでの食事、近くの公園への散歩などの支援を行っている。 | | |
| 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、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 | 本人及び家族の希望でホームでの訪問診療、通院による診療を選択できるようにしている。訪問診療では状況に応じて家族も同席している。現在、訪問診療5名、通院4名。 | | |
| 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 | 地域医療連携の看護師が毎週来訪し利用者の体調を把握している。来訪時に介護職から情報を提供し、注意点については指導を受けている。記録を正確に残すことで情報を共有している。 | | |
| 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。 | 3名の入院者があり2名はそのまま死去。1名は2週間後に退院し当事業所に戻られている。入院中は、病院を訪れたり、電話で連絡を取るなどして情報交換に努めた。 | | |

| 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 |
| 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 | 今年度、看取りの利用者はなかったが、入院翌日、入院2週間後に死去された入居者がいた。重度化が予想できる方のご家族には、事前に事業所でできることを説明している。 | | |
| 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 | 研修時に、体調が急変したときのロールプレイなどを行い実践力を向上させている。夜勤時には緊急対応マニュアルを見やすい場所に用意してから業務に当たっている。 | | |
| 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、消防署参加の防災訓練を行なっている。それとは別に夜勤者の避難訓練も行なっている。 | | |

| 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 |
| 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 | 丁寧な言葉遣いに留意した対応をしている。声かけに拒否があった場合には時間をあけたり職員を変えたりして対応している。 | | |
| 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 | 質問形式の声かけを行なうようにして、利用者が選択できるようにしている。 | | |
| 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か、希望にそって支援している | 利用者の性格を把握し、職員の押し付けにならないよう、日々のスケジュールリングを行なっている。拒否があったときは無理に誘わず、食事の時間も柔軟に対応している。 | | |
| 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 | 季節に合わせた服装になるように整容の支援をしている。選べる方は自分で選んでいただき、そうでない場合でも、複数の候補から選択できるようにしている。 | | |
| 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 | 調理や配膳、片付けなど利用者の力に応じた役割を果たしてもらいことで一緒に食事をするという一体感をつくっている。食事中は会話を楽しくめるよう話題を提供している。 | | |

| 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 |
| 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 | 咀嚼能力、嚥下能力を考慮し、各利用者が食べやすい食事を提供している。水分摂取が少なくなりがちな利用者については職員が水分量の情報を把握し、声かけなどで摂取を促している。 | | |
| 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 | 自力で口腔ケアができないかたを優先に介助し、自立の方には声かけにてケアを促している。一回/週の歯科衛生士のケア、マッサージを行い、Dr. の治療も必要時に受けている。 | | |
| 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 | 尿意・便意があまりない方には定期的に声かけをしている。入居後、紙パンツから布パンツに変更したケースがある。 | | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 食事量・水分量・運動量などを考慮し予防に取り組んでいる。散歩や腹部マッサージも行い、排便を促している。必要な場合はDr. と連携し服薬によるコントロールも行なっている。 | | |
| 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 | 本人の体調、意思の確認を行ってから、3日に1回を目標に入浴の支援をしている。気持ちよく入浴していただくことで職員との関係が良好になるよう心がけている。入浴拒否があるときには、清拭・ドライシャンプーなどで対応している。 | | |

| 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 | 適切な室温管理を行い居室環境を調えることで、安眠できるよう支援している。眠れない場合には無理に入床をすすめず、職員との会話などでリラックスしてから再入床を促している。 | | |
| 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 | 薬の説明書をファイルに綴じ、用法・要領が確認できるようにしている。薬の変更があったときには連絡ノートに記載し周知している。夜勤者は一日分の薬をセットすることで理解を深めている。 | | |
| 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 | 日々の生活の中で各利用者が行なえる作業を見つけている。料理・配膳・お茶汲み・洗濯など個々の利用者の能力に応じた役割を果たしてもらっている | | |
| 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 | 利用者の歩行レベルに応じて、散歩や買物を支援している。家族との外出を促したり、ヘルパー利用の支援などもしている。他事業所の利用者を訪問し合っているケースがある。 | | |
| 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 | 御家族と相談のうえ小額の金銭を管理され、外出時に自分で支払いされる利用者もいる。スタッフ同行で買物する時に、支払いやお釣りの受け取りをし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 |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | 本人の申し出がある際は職員が支援して、家族に電話をかけている。家族や友人から電話がかかってきた際も会話できるよう支援している。 | | |
| 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 | 利用者の写真や習字を壁に貼るようになっている。各居室のドアに利用者の名前を書いたり、トイレの場所がわかりやすいよう張り紙をしたりしている。 | | |
| 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 | 利用者がリビングで落ち着ける場所はそれぞれ確保しているが、利用者同士の間人関係などを考慮に入れながら席替えも行なっている。 | | |
| 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を活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居時には以前の生活で使用していた家具や衣類などを持ってきていただいている。生活の状況を見ながら、家族とも相談して、家具の配置などを変更している。 | | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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 | 洗濯の場所、干し場、調理場など充分ではないが高さや動きやすさを考慮に入れた配置をし、家事に参加しやすいように工夫をしている。 | | |

目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター栗平

作成日 平成28年 1月 21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 | 33 | ・入居者が重度化や終末期に向けての対応力やスキルが不十分である。 | ・終末期の対応に向けた介護職員のスキルアップ。 | ・重度化、終末期に向けた対応の研修実施。 ・緊急時対応についての研修やロールプレイを実施。 | 平成28年3月までに記入法を徹底。 平成28年3月までに研修を実施。 |
| 2 | 10 | ・利用者、家族等の意見を運営に反映しきれていない。 | ・利用者、家族等の意見を集約し運営に反映したり、成果を報告する。 | ・月1回ご家族に送付している「栗平ほほえみ通信」を活用し、きめ細かい運営報告を実施する。 | 平成28年3月までに実施。 |
| 3 | 4 | ・保育園、幼稚園、小中学校児童との交流がほとんどない。 | ・保育園、幼稚園、小中学校児童との交流の実施。 | ・直接依頼する他、2ヶ月ごとに実施している運営推進会議を活用し、交流の機会が持てるようにする。 | 平成28年3月までに実施。 |
| 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。