

平成 28 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 | 1493000119 | 事業の開始年月日 | 平成21年10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 大和桜森 | | | |
| 所在地 | (〒242-0028) | | | |
| | 神奈川県大和市桜森2-26-4 | | | |
| 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28年11月23日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成29年9月26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)】

利用者様の意思・その人らしさを尊重し、我が家のように寛いで過ごして頂けるような環境を心掛けております。
ホームでは大正琴・傾聴ボランティア等を取り入れ、スタッフ主導によりフラワーアレンジメント・食事会・体操等で体・脳の活性化をはかっております。

【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 | 横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階 | | |
| 訪問調査日 | 平成28年12月14日 | 評価機関 評価決定日 | 平成29年8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)】

【事業所の概要】
この事業所は、相鉄線相模大塚駅から徒歩5分の住宅地にある。2階建ての建物内
部は陽当たりが良く清潔である。居間・食堂・キッチンが建物の中央に配置され、
職員が見守りやすい間取りになっている。共有空間にはテレビなどが置かれ、壁面
には四季折々の行事の飾りつけや切り絵などが掲示され季節感や生活感をつくって
いる。
【理念に沿ったケアサービス】
事業所の理念「安全・安心・ほほえみを」があり、職員は安心・安全のための見
守りと笑顔の絶えないアットホームな運営を心掛けている。介護職員の80%が経験5
年以上で介護福祉士の資格などを所持している職員も多い。また、行事、献立など
は職員が自主的に企画している。
【行事、アクティビティと家族との連携】
初詣、花見、毎月の外食デーやクリスマス会、フラワーアレンジメント、習字教室
などの行事がある。また、ボランティアによる大正琴の演奏会やカラオケなどの機
会があり楽しんでいる。その様子や医療・介護情報を盛り込んだ「桜森だより」を
毎月家族に送付している。
【医療機関との連携】
医療連携体制加算を算定しており、24時間オンコール体制がある。事業所の協力
医である内科医師の定期往診があり、看護師が利用者の健康管理に訪れている。訪
問マッサージ（医療保険）を利用している方もいる。

【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 大和桜森 |
| ユニット名 | 桜の郷・緑の郷 |

| 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、安心して暮らさせている。 (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 | ホーム理念を目の付く場所に掲示をしている。 | 事業所のこれまでの理念「安全・安心・ほほえみを」を踏襲し、リビングに掲示して意識付けしている。全職員が理念を理解し、安心・安全のための見守りと笑顔の絶えないアットホームな運営を心掛けている。 | | |
| 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 | 地域ボランティア・商店・散歩等で近所との交流をはかっている。 | 地元町内会に加入し、回覧板で町内の情報を得ている。地域の草むしりに参加している。地域の方による傾聴や大正琴の演奏、カラオケなどボランティアの来訪がある。近隣の散歩時には住民と挨拶を交わしている。パンの移動販売にも立ち寄ってもらっている。今後は、地域住民を招きテラスでカフェを開き交流を図りたいと考えている。 | 事業所職員が町内会の行事や防災訓練に参加したり、事業所の主要行事などに地域住民を招いたり、近隣小中学校の児童・生徒と関わる機会を作るなどして交流が活性化することを期待します。 | |
| 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 | 年に一度開放し、近隣の方に見学対応をしたいが、今年はできていない。 | | | |
| 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 | 1回/2ヶ月、開催の予定をしている。 | 今年度の運営推進会議は6、8、10月に開催した。出席者は、利用者家族（家族会を兼ねる）、民生・児童委員、区役所職員、地域包括支援センター職員、事業所職員であるが、全員が揃うことは少ない。会議では、事業所の行事や事故、避難訓練などの報告をしている。出席者からは町内の行事情報を得たり、入居者やボランティアの紹介がある。 | 会議は出席者の調整を図り、定期的（2ヶ月毎）に開催することが求められます。また、出席者の協力を得て、地域との交流が活性化す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 | 1回/月、空き情報を担当者に通知。また、サイトにて空き情報の入力をしている。 | 地域包括支援センター職員には運営推進会議に出席してもらい、入居者の紹介などがある。市には事故報告を行ったり、要介護認定更新申請の代行手続きに出向いている。消防署には避難訓練を実施するときに指導を受けている。大和市グループホーム連絡会に加入し、事業の報告や共通問題を協議している。 | | |

| 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 | スタッフとの話し合い。やむを得ぬ時は御家族に報告のうえ承諾を得るようにしている。 | 本社の身体拘束廃止委員会が開催する研修に職員が参加している。主玄関とユニット玄関の出入りは、職員の見守りで対応し、日中は施錠をしていない。現在は不意に外出する人はいない。利用者の外出要望には職員が同行している。利用者の転倒防止のため、夜間は居室ベッドから立ち上がる時のセンサーのチャイムを職員が聞き安全確認している。 | |
| 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 | 虐待に関わる様相が見られる場合はスタッフに注意・喚起を促す。 | | |
| 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 | 今年は実施しておらず。 | | |
| 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 | 読み合わせにて説明をおこなう。 | | |

| 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 |
| 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 | 意見があがる時はスタッフに報告し、話し合いにより利用者の意見を反映している。 | 家族会を運営推進会議に合わせて開催し、意見・要望を聞く機会を設けている。また、家族の来訪時にも聞き取っている。管理者が苦情相談窓口となり、本社、藤沢支店にも受け入れ電話を開設している。寄せられた要望はユニット会議で検討し、運営に反映させている。法人が家族アンケートを実施しており、事業所としても今回の外部評価・利用者家族等アンケートをユニット会議で検討する意向である。居室担当者が、利用者の暮らしぶりや医療・介護情報を「桜森だより」に記載し毎月家族に送付している。 | |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている | 意見や提案はその都度話し合いをおこなう。 | ユニット会議、合同会議や申し送り時に、職員の意見・提案を聞く機会を設け運営に反映させている。日常的には管理者と計画作成担当者が窓口になり、意見・要望を聞いている。職員との個別面談が中断しており、再開する意向である。行事、献立などの計画は、職員の自主企画を奨励し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 | スタッフ数が足りないため、労働時間が超過している。 | | |
| 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 | 内・外部の研修参加もスタッフの勤務によりなかなか参加ができず。 | | |

| 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 |
| 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 | 市のグループホーム管理者会議に参加できるときは出席をする。 | | |
| 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 | 相談事を伺った時は職員・ケアマネ・管理者で話し合いをおこなう。 | | |
| 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 | 家族参加のイベント時に意見交換をし、個別にも対応をしている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | アセスメントをおこない、出来る限りご家族・ご本人の不安を取り除くようにしている。 | | |
| 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 | 普段のコミュニケーションに心掛け、尊厳を守り支援をしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 家族参加のイベント時に意見交換をし、個別にも対応をしている。 | | |
| 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 | 穏やかな生活ができるように、制限なく来訪者を受け入れている。また、馴染みの物を居室に置き、穏やかな生活環境を心掛ける。 | 家族の来訪が多い。利用者が高齢になり知人の来訪が減じたので、ユニット間の合同行事（クリスマス会など）やアクティビティ（フラワーアレンジメントなど）を多数実施している。来訪者には職員が湯茶を提供している。散歩時に馴染みの店で買い物ををすることもある。家族と一緒に外食や一時帰宅される方もいる。電話の取次ぎや手紙の作成、投函を職員が支援している。 | |
| 21 | | ○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | 全体を見ながら満遍なく介護に従事することに留意している。 | | |
| 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 | ホームの行事等に気軽に参加をしていただけるよう声掛けをしている。 | | |

| 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 |
| 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。 | カンファレンスにてご本人・御家族の意向をふまえ話し合いをしている。 | 契約時に自宅や入院先を訪問して、意向を把握している。ほとんどの方は入居前に事業所を見学している。入居後の意向の変化の把握は、介護計画見直し時に行っている。意向の把握が困難な方には、日常の生活の様子や興味のある話などから汲み取っている。日々の生活で生き甲斐を持ってもらえるように、家事などで出来ることを手伝ってもらっている。 | |
| 24 | | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入居前の生活歴をご家族・各機関より聞き取る。 | | |
| 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 | その方の生活ペース・残存能力・心身状況・健康状態の情報を共有し、サービスを提供している。 | | |
| 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 | 短期計画ごとのモニタリング・カンファレンスにより、介護計画を作成している。 | アセスメントで本人、家族の希望・意向を聞き取り、介護計画に反映している。介護計画と連携した支援経過記録を作成している。モニタリングは1ヶ月毎に行っている。介護計画の見直しは、短期計画は3ヶ月、長期計画は6ヶ月ごとに行っており、カンファレンスで計画を評価し、医師と看護師の意見を取り入れている。心身の状態に変化があれば随時見直している。 | |

| 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 |
| 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 | 介護記録と職員の気付きにより、計画の見直し実践に活かしている。 | | |
| 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 | 今後状況により、小規模な認知症デイサービスを同フロアでおこなう計画があり。 | | |
| 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 | 活用はしていない状況。 | | |
| 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 | 御家族と本人の了承を得て対応をしている。 | 医療連携体制加算を算定しており、24時間オンコール体制がある。事業所協力医の内科医師の定期往診が月に2回あり、看護師が週に2回利用者の健康管理に訪れている。歯科医は週に1回往診している。他の専門医には家族が付き添って受診している。利用者の1名が入居前の主治医に受診している。認知症の相談には協力医の精神科医が対応している。訪問マッサージ（医療保険）を利用している方もいる。全員がインフルエンザの予防接種を受けている。 | |
| 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 | 往診の看護師・訪問の看護師に24時間連絡できる体制である。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---------------------------------|---|---|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 往診医と入院先の医師と蜜に連絡をとるための情報交換をしている。 | | |
| 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 | 御家族・往診医・看護師と話し合いで決めている。 | 医療連携体制加算を算定している。「重度化した場合の対応に係わる指針」を契約時に利用者・家族に説明し、同意を得ている。利用者が終末期を迎えた場合は、医師・家族・事業所で話し合い、看取りまたは、他の施設への転居支援や入院支援を行う方針である。これまでに看取りは無かったが、今年度は1件の入院支援を行っている。重度化対応の研修は行われていない。 | 利用者が高齢になっておりますので、事業所の力量に応じて重度化対応の研修を実施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 | ほぼ全員普通救命の講習を受けている。 | | |
| 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 | 避難訓練の実施をしている。 | 今年度は避難訓練が行われていない。大和市のハザードマップがあり、避難先は確認している。食料や飲料水、備品は「在庫管理台帳」で管理しているが備蓄量は把握できていない。照明としてランタンを備えている。炊事の熱源はプロパンガスなので停電があっても心配ない。 | 災害に備え、地域との協力体制（地域住民の協力、町内会や自衛消防団などの合同訓練）を構築することを期待します。また、災害備蓄については再確認し、3日分程度を備え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 | ふさわしくない対応をしている場合はその都度注意喚起を促す。 | 法人のコンプライアンスポリシーと個人情報保護方針が玄関に掲示されている。利用契約時に個人情報保護の説明を行い、同意書を受け取っている。職員は、入職時に個人情報保護に関する誓約書を提出し、研修を受講している。研修後に自己評価が行われている。言葉かけなどの接遇については、管理者が教育している。個人情報に係る重要書類は、事務室のロッカーに保管している。 | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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 | 自主性の尊重をしている。 | | |
| 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 | 利用者の方それぞれのペースで決定・実行をしてもらう。 | | |
| 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 | 訪問理美容にて整髪。レクリエーションでお化粧・マニキュアをしてもらう。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者の能力・心身状況をふまえて支援をしている。 | 献立委員会で献立を作成している。食材は職員が購入、調理して、利用者個々の食事形態に合わせて提供している。利用者はオープンキッチンで盛り付けや配膳など出来ることを手伝っている。食器は個々の馴染みのものを使用している方もいる。夏季には冷やし中華を提供するなど季節感に配慮している。餃子作りをすることもある。出前は寿司が好まれている。月に1回外食デーがある。食事中はテレビを消して音楽を流している。職員は原則介助に専念しているが、利用者と一緒に食事をすることもある。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 食事量・水分量を介護記録に記載。利用者により刻み・ミキサー・とろみ等をつけて提供をしている。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている | 本人の能力により支援をおこなっている。 | | |
| 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 | 定時の声掛けにて誘導し排尿パターンをつかみ、できる方はトイレにて排泄するように支援をしている。 | 排泄が自立の方は5名で、介助が必要な方には排泄チェック表で排泄パターンを把握し、トイレに誘導している。自立への取り組みとして、声掛けや誘導をしており、改善する方もいる。夜間のみポータブルトイレを使用している方もいる。トイレはユニットごとに3ヶ所あり、内1ヶ所には男性用便器があり、車椅子対応可能な広さで、手すり、手洗い、ペーパータオルを設置している。 | |

| 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 |
| 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 | 軽度の運動と適切な水分量にて排泄を促す。未排便時は冷たい牛乳・ブルーベリージュースにて対応をしている。 | | |
| 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 | 曜日にて決めてはいるが、未入浴が長い方はその方を優先としている。また、入浴剤を使用し気分転換をはかる。 | 入浴は原則週に2回で、入浴チェック表で確認している。回数は希望に応じている。夏季はシャワー浴を追加している。シャワーチェアや入浴補助手すりを設けている。浴室、脱衣室はエアコンでヒートショック対策をしている。入浴を好まない方には、タイミングを計り声掛けしたり、相性の良い職員が対応している。同性介助を基本としている。入浴剤や菖蒲湯、柚子湯で季節感を楽しんでもらっている。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | 入床の時間は利用者様が寝たいと思う時間に決めている。 | | |
| 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 | 薬局にて管理・把握をしてもらい、夜勤者は間違えのないように薬状を見てセッティング。早番がセット確認。服薬は声掛けにて他職員とチェックし、飲み込み確認をおこなう。 | | |

| 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 |
| 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 | 利用者様の趣味・嗜好にあわせて支援をしている。 | | |
| 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 | 散歩による外出の機会。御家族との外出は速やかに出来るように対応をしている。 | 天気の良い日には職員が付き添って、可能な限り散歩に出かけている。公園や買い物ができる平坦なコースを選んでいる。テラスのベンチで外気浴をする方もいる。駅前の神社に初詣や花見に出かけている。近隣に飲食店が多く、月に1回外食デーを設けている。町内の草むしりに参加している。 | |
| 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 | 移動パン屋・コンビニ等で会計できる機会を提供している。 | | |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている | 手紙の制限はなし。電話は家族の意向により、制限を設けるときがある。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 季節の花や飾り絵・習字等を飾り、落ち着ける空間を心掛ける。また、行事の写真を掲示する。 | 居間・食堂・和室・キッチンが建物の中央に配置され、ユニット玄関とスタッフルームが接しており、職員が見守りやすい間取りになっている。居間・食堂は陽当たりが良く清潔である。エアコンや空気清浄機、加湿器などを設置して温度・湿度管理をしている。清掃業者に年2回清掃を委託している。壁面には利用者と職員で作成した四季折々の行事の飾りつけや、切り絵、塗り絵などで季節感や生活感をつくっている。利用者はリビングでアクティビティを楽しみ、テラスのベンチで外気浴をしている。 | |
| 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 | 和室をいつでも寛げるように開放している。 | | |
| 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 | 馴染みの物を持ち込んでいただき、落ち着いて過ごしていただくよう心掛けている。 | 居室入り口には利用者の好みの表札を掲示している。備品として、エアコン、照明器具、防災カーテン、スライドハンガー、クローゼットが備え付けられている。介護ベッドはレンタルリースである。利用者は馴染みのテレビ、整理ダンス、椅子、三面鏡、家族の写真、仏壇などを持ち込んでいる。室内の整理整頓は居室担当職員が手伝っており清潔である。夜間は転倒防止のため、必要な方には離床センサーで確認している。 | |
| 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 | 一人でも居室・トイレに行けるように、名札や目印をつけている。 | | |

目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター 大和桜森

作成日 平成29年 9月26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 | 2 | 事業所と地域の連携 地域の行事の参加の機会が少ない。 | 利用者様が地域の住民として生活できるように、また密に交流が出来るような機会を設ける。 | 地域の行事（お祭り）や防災訓練・また自治会や地域包括支援センターが主催する催しに参加する。近隣の小学校や子供会等との交流の機会を設ける。 | 平成30年3月末 |
| 2 | 3 | 運営推進会議の定期開催 | 2ヶ月に1回の開催 | 運営推進会議を開催して、地域交流への助言をもらい運営に反映させていく。 | 平成30年3月末 |
| 3 | 35 | 災害対策 （避難訓練の実施・見直し）（備蓄の確保） | 定期的に避難訓練を開催する。消防署主催の防災研修に参加する。 （平成29年6月27日防火実務研修2名参加済み。11月8日参加予定） | その時々に合わせて（利用者様の状態によって）避難方法や、様々な想定（火災場所・水害）のシュミレーションをして、職員全員が周知して行動できるようにする。 | 平成30年3月末 |
| 4 | 33 | 重度化や終末期に向けた方針（利用者家族と指針は取り交わしているが、方針についての周知が不十分、あいまい） | どのような対応が可能か（不可能か）職員・利用者様・家族が理解する。 | 重度化した場合の対応策を（他施設への移設も含め）職員が理解できるように「重度化に関わる指針」を用い研修・勉強会を実施する。御家族とも話し合う機会を設け相互の考え方の差が無いように整えていく。 | 平成30年3月末 |
| 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。