

平成 29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	1493500092	事業の開始年月日	平成21年4月1日	
		指定年月日	平成27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長沼町			
所在地	(244-0841) 神奈川県横浜市栄区長沼町836-4			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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30年1月13日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月14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	http://www.koigokensaku.mhlw.go.jp/14/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kanji=true&lgvsvocd=1493500092-00&PreFCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

「お客様と共に笑顔になれる空間創り」を事業理念とし、毎日朝礼で唱和を行っています。
入居者・ご家族・地域の方々・スタッフ全員が笑顔になれる事を目標としています。
提携医との連携を密にする事で、身体的に重度の方でも受入れを継続する事ができています。

【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	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成30年1月30日	評価機関 評価決定日	平成30年5月1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】
事業所は、JR線戸塚駅よりバス約10分の住宅地に立地している。建物はエレベーターが完備された2階建てで、バリアフリーとなっている。内部は車いすの往来が十分な広さの廊下やオープンキッチンなど、ゆとりのある造りになっている。車椅子対応のトイレや洗面台がある。玄関周りに草花のプランターやベンチを置いて、利用者が外気浴を楽しめるようにしている。地域に開かれた事業所である事を近隣に周知するため「介護に関する相談受付」の看板を屋外に設置している。

【市町村との連携】
運営推進会議には栄区高齢障害支援課や地域包括支援センターの担当職員が出席している。会議の席では栄区の職員から「地域ケアプラザにも災害時の備蓄がある」などの地域の情報を得たり、事業所の実情を伝え協力関係の構築に努めている。また、利用者7名が生活保護費を受給しており、状況の報告や相談などで、生活支援課の職員とも協力関係を築いている。

【運営に関する家族等の意見の反映】
法人主催の顧客満足度調査や運営推進会議、家族会などで得た「ボランティアの導入を検討してほしい」「人材不足を解消してほしい」という家族の意見・要望の反映に努めており、3月より傾聴ボランティアの導入を予定している。また、人材についても、法人の協力を得て、近隣へ募集チラシを配布したり、旗を作成して屋外に立て、人材の確保に結びつくよう努めている。

【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長沼町
ユニット名	たんぼぼ

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、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	毎朝の朝礼で事業所の理念を唱和し共有・実践に努めている。また、理念を実現する為に「私たちの7つの心得」を唱和し共有している。	事業所の理念「お客様と共に笑顔になれる空間創り」を掲げている。理念を実現する為の「私たちの7つの心得」も理念と同様に朝礼で唱和し共有している。管理者は、利用者も職員も笑顔になれる事が重要と認識して、利用者の支援にあたるよう職員に伝えている。	
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	地域ケアプラザのイベントに利用者様が参加している。町内会の方々に獅子舞などを行っている。地域の消防出張所の方をお願いして消防避難訓練を行っている。	長沼町内会に加入し、正月に獅子舞が来訪している。本年3月より傾聴ボランティアとの交流を予定している。豊田地区グループホーム情報交換会に加入している。月に数回、地域ケアプラザ主催の行事に利用者が家族の協力を得て参加している。	町内会の行事への参加、地域の方に呼びかけている事業所主催のニチイ祭への招待、豊田小学校との交流などの実現に向けて働きかけを継続して行うことを期待します。
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	運営推進会議の場で地域におけるグループホームの役割や認知症についてお話をさせていただいている。		
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1回、定期的に開催している。地域ケアプラザの職員・町内会長・利用者の家族等が参加し、意見の交換を行っている。	運営推進会議のメンバーは、利用者の家族、町内会長、地域包括支援センターや栄区の担当職員、事業所の職員である。年6回奇数月に開催し、活動状況や災害時対応、外部評価結果などの報告のほか、スタッフ獲得のための活動などを話し合い、メンバーから出た意見をサービスに活かしている。	

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
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に取り組んでいる	運営推進会議や市町村主催の研修会等に参加した際に交流を持ち、協力関係を築けるように努力している。	栄区高齢障害支援課や地域包括支援センターの担当職員とは、運営推進会議に出席した際に、事業所の状況を伝えたり「地域ケアプラザには災害時の備蓄がある」などの地域の情報を得ている。また、利用者7名が生活保護費を受給しており、状況の報告や相談などで、生活支援課の職員とも協力関係を築いている。	
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	年間の研修計画に身体拘束の排除を盛り込み、職員に意識付けを行っている。	29年8月に高齢者虐待防止法と身体拘束の排除の研修を実施して職員に理解を促し、研修終了後には確認調査をしている。日中ユニットの扉は施錠しているが玄関は開錠している。居室の扉は、内外から施開錠できる。職員は、傾聴に徹することで外出を強く望む利用者に対応している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされないよう注意を払い、防止に努めている	年間の研修計画に虐待の防止を盛り込み、職員に意識付けを行っている。		
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	全スタッフが学ぶ機会はまだ無いが、管理者は必要に応じて支援できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては文面を読み上げるだけではなく、必要に応じて補足説明を行い、同意を得ている。		

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
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	運営推進会議・家族会・顧客満足度調査を実施し、その後の運営に反映できるように努力している。	運営推進会議、家族会、来訪時に家族等から意見を聞いている。年1回法人主催の顧客満足度調査を実施し集計結果を家族などに送付している。「傾聴ボランティアを導入してほしい」という家族の要望を取り入れ、本年3月からボランティアとの交流を予定している。年1回開催の家族会のほか、行事の写真を郵送するなどして、家族に利用者の様子を伝えている。	
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	全体会議やユニット会議の際にスタッフの意見や提案を聞き、運営に反映できるようにしている。	管理者は、全体会議などはもとより日常的に職員から話を聞いている。また、入社後の定期面談や人事考課の面談で職員から意見を聞く機会がある。「職員の採用し、定着させてほしい」という職員の要望を取り入れ、法人の協力を得て「スタッフ募集」の旗を立てたり、支店に依頼して近隣へのチラシ配布をして、職員の確保に努めている。	
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	法人の仕組みとしてキャリアアップ制度があり、昇給の機会を設けている。 また、個人面談でヒアリングを行う事で、各自の状況を把握し、離職防止に努めている。		
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	毎月職員研修を実施している。また、外部研修の情報提供を行っている。 個人面談の際等に各自の課題を提示し、必要に応じて介護技術の指導を行っている。		

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
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	横浜支店での研修に職員が参加でき、他拠点との交流が持てるような機会を作っている。		
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	入居時は事前面談を行い、課題やニーズを把握しスタッフ間で共有する事で、関係づくりに活かしている。		
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	入居時の事前面談で家族の意向を確認し、コミュニケーションを取る事で信頼関係が築けるように努力している。		
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	本人・家族の意向とアセスメントを基に、他職種とも連携を行いながら必要なサービスの調整を行っている。		
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	共同生活の中で本人の能力に応じた役割を見出す支援を行う事で、他利用者やスタッフとの関係が築けるように努力している。		
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	契約時に家族も本人と共に支えるチームの一人だと説明している。 また、家族から必要な援助が受けられる様に相談を行っている。		

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
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	馴染みの方が面会に来た場合に、コミュニケーションの仲介や場の設定を行っている。	アセスメントや家族の話などから利用者のこれまでの馴染みの関係を把握している。家族の協力のもと地域ケアプラザのお茶会などの催しに月に数回、利用者が出かけており新しい馴染みの場所となっている。手紙、電話の取次ぎや携帯電話の持ち込み、新聞の購読など、これまでの生活の継続を支援している。	
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	スタッフが仲介する事で、利用者同士が無理のないコミュニケーションが取れる様に支援している。 レクリエーション等への参加の機会を設け、楽しく関わりが持てるように努めている。		
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	契約終了後であってもご家族から相談があれば対応するように努めている。		
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。	本人や家族から意向の確認を行っている。 確認が困難な場合は家族の意見を参考にアセスメントからニーズを読み取り、本人本位に検討している。	アセスメントや日常会話の中で利用者の思いを聞き取っており、園芸が好きな方には花を育てる支援をするなど個別対応をしている。思いを言葉にしづらく意向の把握が困難な方は、選択肢をいくつか提示して選んでもらったり、表情から思いを読み取って検討している。	

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
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	本人・家族からの聞き取りから生活歴を読み取るように努めている。 また、居宅介護支援事業所等との連携により、サービス利用の経過を把握し支援に活かしている。		
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	日々の出来事を個人記録に記入し、そこから現状を読み取っている。		
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	カンファレンスの際、本人・家族の意向、医療機関等の意見も反映できるように努めている。	利用開始時に暫定プランを作成し、1～2ヶ月の間様子を確認している。その後、担当者が立案した計画を基に医師など、必要な関係者と話し合い、本人や家族からの要望を把握した上で計画書を策定している。モニタリングを行い、原則6ヶ月に1度計画書を見直している。状態の変化が見られた時は随時、計画を見直している。個人記録や連絡ノートを活用して、介護計画を策定している。	
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	個人記録・業務日誌を使用し、情報の共有を行っている。 また、そこから得た情報を介護計画作成に繋げている。		
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	日々の観察からニーズの変化を読み取り、柔軟に対応できるように努めている。		

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
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	町内会の方、地域ケアプラザ等の協力を得て利用者の生活の幅が広がるように努めている。		
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、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	協力医の訪問診療が月2回ある。 ご家族希望のかかりつけ医療機関がある場合は適切な連携が取れるように心掛けている。	内科医は、協力医と以前からのかかりつけ医が来訪している。歯科医は必要時に、歯科衛生士は月4回、訪問看護師は毎週来訪している。家族対応で精神科などを受診した際は、結果を「往診記録」に記載して情報共有し、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	週1回の看護師の訪問がある。 受診記録や口頭での伝達により連携を取り、協働での健康管理を行っている。		
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。	入院時は円滑に医療サービスが受けられるように情報提供を行っている。 また、入院時に面会やムンテラへの参加を行い病院関係者との連携を取っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化した場合の指針について説明している。 また、重度化した場合は本人・家族の意向を確認し、医師を含めたカンファレンスを行い方針を共有している。	利用開始時に「重度化した場合における対応に係る指針」をもとに事業所の方針を説明し同意を得ている。医師から終末期であるとの診断があった際は、家族等と話し合いケアプランを作成して看取りにあたっている。直近では2年前に1名の看取を経験している。	

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
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	緊急時対応マニュアルを使用し、毎年研修を行っている。また、普通救命講習を受けたスタッフが複数名在籍している。		
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・地域の方にも参加していただいている避難訓練を年2回行い、災害時の対応に備えている。	5月と12月に消防署立会いの訓練や夜間を想定した自主避難訓練を行っている。緊急時対応マニュアルや緊急連絡網を準備している。今年度は地域の避難訓練に参加していない。災害に備え管理台帳を作成し、3日分の非常食などのほか日用品やカセットコンロを用意している。	居室は、家具転倒防止対策を施しています。同様に、リビングなど共用空間の地震対策として、転倒防止器具の設置などを検討することを期待します。
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	プライバシーに配慮したケアの研修を毎年行っている。また、個人情報保護に関するテストも毎年実施している。言葉かけに関しては敬語を基本とするが、専門的な関わりとして必要な場合は気軽な言葉かけを行う場合もある。	10月にプライバシーの研修を行い接遇についても学んでいる。訪問時には、居室に入る際に職員は扉をノックして声をかけていた。また、人格を損なうような声かけは見うけられなかった。個人情報を含む書類は、書棚に施錠し管理している。個人に関する記録は、イニシャル表記している。	
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	利用者が自己決定や意思表示ができるような関係性の構築や雰囲気作りを行うように努めている。		

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
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	施設としての大まかなスケジュールは存在するが、できるだけ職員の都合を優先する事なく個々のペースで過ごしていただけるように支援している。		
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	訪問美容が受けられる機会を定期的に設けている。また、ご本人らしい身だしなみができるように支援している。		
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	食事の献立は業者をお願いして季節にあった献立となっている。利用者の状態や好みにあった提供が出来るように心掛けている。	専門業者が作成した献立に基づいた食材を職員が調理し提供している。キザミ、トロミ食などに対応している。誕生会には利用者に好みを尋ねて、ちらし寿司やケーキなどを提供している。正月は、おせち料理を提供するなど食事を楽しめる工夫をしている。外食は家族が対応している。利用者は 下膳や食器拭きなどを行っている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事・水分量を記録し、摂取量の把握に努めている。また、往診医と相談しながら個々の健康状態に応じた対応を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科衛生士による口腔ケアの訪問が月に4回あり、必要に応じて歯科往診も受けている。また、歯科衛生士アドバイスを受けながら、日々の口腔ケアに必要な支援を行っている。		

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
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	個々の排泄障害に応じた適切な対応を検討し、支援を行っている。	利用者の排泄パターンを把握し、つかまり立ちが出来る利用者は、トイレで排泄できるよう支援している。薬の変更で排泄が改善された例がある。出来る事は利用者に行ってもらい現状が維持できるよう支援している。	
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	排便のタイミングの把握、水分摂取や適度な運動等を行う事で、できる限り自然排便を促している。 便秘の際は提携医や看護師と相談しながら排便のコントロールを行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	基本となる予定はあるが、それ以外でも個々の希望に添えるように努め、実践している。	概ね週2回のペースで午前に入浴している。入浴を好まない利用者には、日を変えたり、家族の協力を得るなどの工夫をしている。シャワー浴や希望があれば同性介助の対応をしている。のんびり入浴してもらうことを心掛け、職員と会話したり、ゆず湯を提供するなど入浴を楽しめるよう支援している。	
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	生活習慣や心身の状態に応じて、必要な休息や睡眠が取れるように支援を行っている。		

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
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	処方薬の説明書はファイリングして見やすいように管理している。 また、変更があった場合は業務管理日誌に記録し、情報の共有を行っている。		
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	得意分野や嗜好、現在の能力を把握し、本人に合った楽しみや役割を持って過ごせるように支援している。		
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	天気が良い日は本人の希望を確認後、できるだけ散歩の機会を多く持つようにしている。 また、家族との外出の際は近況や体調等、必要な情報提供を行っている。	個々のリズムや要望に合わせて、散歩に出かけたり玄関周辺で外気浴をしている。車椅子の方も同様に行っている。買物は、希望があれば介護タクシーを利用し支援している。家族と外食や近隣の地域ケアプラザなどに出かけている方もいる。頻回の外出を希望している利用者は、家族の協力を得て対応している。	

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
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	利用者が日常的な金銭の所持はしていないが、お小遣いを事務所で預かり、希望があれば職員が買物の支援を行う事はある。		
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	申し出に応じて電話の取次ぎや手紙のやり取りを支援している。		
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	個室・共有部分は全てバリアフリーに張っており、過ごし易い空間となっている。玄関先に季節の花がある。ユニットの入口やリビングなどに季節感が感じられるような飾り付けを行っている。	廊下や居間は、十分なスペースがあり、車いすの往来が自由にできるようになっている。共用空間は、カーテンで光を調節している。冬季は加湿器や濡れタオルで乾燥対策をしている。訪問時に特に気になる臭いは無かった。シクラメンなどの鉢植えを玄関先や玄関に置き、季節感を演出している。	
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	共有空間の中でも本人の意向に沿った居場所作りが出来るようにソファーや和室等を準備して支援している。		
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	入居時は本人や家族と相談しながら、居室の環境設定を行っている。その後も、必要に応じて環境の見直しを行っている。	居室内の備品は、エアコンと照明器具である。部屋ごとにカーテン、テレビ、整理ダンス、写真など好みの物を持ち込み、職員は利用者各々が居心地良く過ごせるように支援している。職員が毎朝清掃し、利用者が居室に不在の時は、窓を開け換気し、快適に過ごせるようにしている。	

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
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	建物内のトイレ等はアイコンの掲示があり、場所の用途が分かり易くなっている。その他でも個別の能力に応じた安全な環境作りができるように努めている。		

事業所名	ニチイケアセンター長沼町
ユニット名	はなみずき

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、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	毎朝の朝礼で事業所の理念を唱和し共有・実践に努めている。 また、理念を実現する為に「私たちの7つの心得」を唱和し共有している。		
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	地域ケアプラザのイベントに利用者様が参加している。 町内会の方々に獅子舞などを行っていただいている。 地域の消防出張所の方をお願いして消防避難訓練行っている。		
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	運営推進会議の場で地域におけるグループホームの役割や認知症についてお話をさせていただいている。		
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1回、定期的開催している。 地域ケアプラザの職員・町内会長・利用者の家族等が参加し、意見の交換を行っている。		
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	運営推進会議や市町村主催の研修会等に参加した際に交流を持ち、協力関係を築けるよう努力している。		

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	年間の研修計画に身体拘束の排除を盛り込み、職員に意識付けを行っている。		
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	年間の研修計画に虐待の防止を盛り込み、職員に意識付けを行っている。		
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	全スタッフが学ぶ機会はあまり無いが、管理者は必要に応じて支援できるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約に関しては文面を読み上げるだけではなく、必要に応じて補足説明を行い、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	運営推進会議・家族会・顧客満足度調査を実施し、その後の運営に反映できるように努力している。		

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	全体会議やユニット会議の際にスタッフの意見や提案を聞き、運営に反映できるようにしている。		
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	法人の仕組みとしてキャリアアップ制度があり、昇給の機会を設けている。 また、個人面談でヒアリングを行う事で、各自の状況を把握し、離職防止に努めている。		
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	毎月職員研修を実施している。また、外部研修の情報提供を行っている。 個人面談の際等に各自の課題を提示し、必要に応じて介護技術の指導を行っている。		
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	横浜支店での研修に職員が参加でき、他拠点との交流が持てるような機会を作っている。		
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	入居時は事前面談を行い、課題やニーズを把握しスタッフ間で共有する事で、関係づくりに活かしている。		

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
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	入居時の事前面談で家族の意向を確認し、コミュニケーションを取る事で信頼関係が築けるように努力している。		
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	本人・家族の意向とアセスメントを基に、他職種とも連携を行いながら必要なサービスの調整を行っている。		
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	共同生活の中で本人の能力に応じた役割を見出す支援を行う事で、他利用者やスタッフとの関係が築けるように努力している。		
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	契約時に家族も本人を共に支えるチームの一人だと説明している。 また、家族から必要な援助が受けられる様に相談を行っている。		
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	馴染みの方が面会に来た場合に、コミュニケーションの仲介や場の設定を行っている。		

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
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	スタッフが仲介する事で、利用者同士が無理のないコミュニケーションが取れる様に支援している。 レクリエーション等への参加の機会を設け、楽しく関わりが持てるように努めている。		
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	契約終了後であってもご家族から相談があれば対応するように努めている。		
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。	本人や家族から意向の確認を行っている。 確認が困難な場合は家族の意見を参考にアセスメントからニーズを読み取り、本人本位に検討している。		
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	本人・家族からの聞き取りから生活歴を読み取るように努めている。 また、居宅介護支援事業所等との連携により、サービス利用の経過を把握し支援に活かしている。		
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	日々の出来事を個人記録に記入し、そこから現状を読み取っている。		

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
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	カンファレンスの際、本人・家族の意向、医療機関等の意見も反映できるように努めている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人記録・業務日誌を使用し、情報の共有を行っている。 また、そこから得た情報を介護計画作成に繋げている。		
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、その時々にも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	日々の観察からニーズの変化を読み取り、柔軟に対応できるように努めている。		
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	町内会の方、地域ケアプラザ等の協力を得て利用者の生活の幅が広がるように努めている。		
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	協力医の訪問診療が月2回ある。 ご家族希望のかかりつけ医療機関がある場合は適切な連携が取れるように心掛けている。		

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
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	週1回の看護師の訪問がある。受診記録や口頭での伝達により連携を取り、協働での健康管理を行っている。		
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。	入院時は円滑に医療サービスが受けられるように情報提供を行っている。また、入院時に面会やムンテラへの参加を行い病院関係者との連携を取っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化した場合の指針について説明している。また、重度化した場合は本人・家族の意向を確認し、医師を含めたカンファレンスを行い方針を共有している。		
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	緊急時対応マニュアルを使用し、毎年研修を行っている。また、普通救命講習を受けたスタッフが複数名在籍している。		
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・地域の方にも参加していただいている避難訓練を年2回行い、災害時の対応に備えている。		

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
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	プライバシーに配慮したケアの研修を毎年行っている。また、個人情報保護に関するテストも毎年実施している。言葉かけに関しては敬語を基本とするが、専門的な関わりとして必要な場合は気軽な言葉かけを行う場合もある。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	利用者が自己決定や意思表示ができるような関係性の構築や雰囲気作りを行うように努めている。		
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	施設としての大まかなスケジュールは存在するが、できるだけ職員の都合を優先する事なく個々のペースで過ごしていただけるように支援している。		
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	訪問美容が受けられる機会を定期的に設けている。また、ご本人らしい身だしなみができるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の献立は業者をお願いして季節にあった献立となっている。利用者の状態や好みにあった提供が出来るように心掛けている。		
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事・水分量を記録し、摂取量の把握に努めている。また、往診医と相談しながら個々の健康状態に応じた対応を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科衛生士による口腔ケアの訪問が月に4回あり、必要に応じて歯科往診も受けている。また、歯科衛生士アドバイスを受けながら、日々の口腔ケアに必要な支援を行なっている。		
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	個々の排泄障害に応じた適切な対応を検討し、支援を行っている。		
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	排便のタイミングの把握、水分摂取や適度な運動等を行う事で、できる限り自然排便を促している。便秘の際は提携医や看護師と相談しながら排便のコントロールを行っている。		

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
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	基本となる予定はあるが、それ以外でも個々の希望に添えるように努め、実践している。		
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	生活習慣や心身の状態に応じて、必要な休息や睡眠が取れるように支援を行っている。		
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	処方薬の説明書はファイリングして見やすいように管理している。 また、変更があった場合は業務管理日誌に記録し、情報の共有を行っている。		
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	得意分野や嗜好、現在の能力を把握し、本人に合った楽しみや役割を持って過ごせるように支援している。		
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	天気が良い日は本人の希望を確認後、できるだけ散歩の機会を多く持つようにしている。 また、家族との外出の際は近況や体調等、必要な情報提供を行っている。		

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
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	利用者が日常的な金銭の所持はしていないが、お小遣いを事務所で預かり、希望があれば職員が買物の支援を行う事はある。		
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	申し出に応じて電話の取次ぎや手紙のやり取りを支援している。		
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	個室・共有部分は全てバリアフリーに張っており、過ごし易い空間となっている。 玄関先に季節の花がある。 ユニットの入口やリビングなどに季節感が感じられるような飾り付けを行っている。		
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	共有空間の中でも本人の意向に沿った居場所作りが出来るようにソファや和室等を準備して支援している。		
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	入居時は本人や家族と相談しながら、居室の環境設定を行っている。 その後も、必要に応じて環境の見直しを行っている。		

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
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	建物内のトイレ等はアイコンの掲示があり、場所の用途が分かり易くなっている。その他でも個別の能力に応じた安全な環境作りができるように努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名

ニチイケアセンター長沼町

作成日

平成30年5月11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	町内会の行事の参加、地域の学校との交流が少ない。	①町内会の行事に参加出来るようになる。 ②地域の学校から見学または介護経験の受け入れを行う。	①必要な人員の確保、家族様に協力をお願いする。 ②必要な人員の確保し、受け入れ態勢を整え、その後学校などに見学、介護体験の呼びかけを行う。	平成30年12月末。
2	13	リビングなど共用空間の地震対策(転倒防止器具の設置)がされていない。	転倒防止器具を設置する。	転倒防止器具を購入し設置する。	平成30年9月末。
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。