

(様式3)

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成25年8月5日

### 【事業所概要（事業所記入）】

|         |                              |                |            |
|---------|------------------------------|----------------|------------|
| 事業所番号   | 0892400029                   |                |            |
| 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守谷                  | ユニット名          | 一番街        |
| 所在地     | 〒302-0105<br>茨城県守谷市薬師台5-17-8 |                |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年4月6日                    | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年7月25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<br>リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892400029-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0892400029-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a> |
|-----------------|---|

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                                      |       |            |
|-------|--------------------------------------|-------|------------|
| 評価機関名 | 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会                     |       |            |
| 所在地   | 〒310-8586<br>水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内 |       |            |
| 訪問調査日 | 平成25年5月14日                           | 評価確定日 | 平成25年7月17日 |

### 【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）】

|  |
|--|
| 職員の定着率とチームワークの良さが介護の質の繋がっている。<br>特に力を入れている事は「快食・快眠・快お通じ」 |
|--|

### 【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）】

|   |
|---|
| 事業所は幹線道路から車で10分程奥に入った閑静な住宅街の中にあり、利用者は日頃の散歩時に地域の人々と挨拶や会話を交わしたり、地域の人々と職員と一緒に地域の小学生の下校パトロールに参加するなど、地域の一員として活動している。<br>管理者は、何事もチャレンジ精神で取り組んでいる職員の意見や要望を取り入れており、管理者並びに全職員が協力し合いながら利用者の支援に力を注いでいる。<br>職員は事業所で行われる催しのお知らせを毎回地域住民のポストに配り、地域住民との交流に努めるとともに、協力関係の構築につなげている。 |
|---|

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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   |
| I 理念に基づく運営 |      |  |  |   |   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                     | 家庭らしくを理念に、「ここは自宅。一番安心できる場所」を職員全員が努めている。また、玄関にも掲示し、家族や地域の方々とも共有している。ホーム会議時に理念の確認及び共有する事がよりよいホームづくりに繋がっている | 地域密着型サービスの意義を踏まえた法人の理念と事業所独自の理念を掲げ、管理者と職員はユニット会議や朝夕の申し送り時に再確認しながら共有を図り、日々の実践に結び付けている。   |   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 自治会に加入し、総会やごみ拾い、避難訓練に参加し地域の一員となっている。また、地域の小学校の下校パトロールに参加し、子供たちや地域の方々との交流を楽しんでいる。                         | 自治会に加入し、利用者は職員と一緒に総会や避難訓練、清掃活動、地域の小学生の下校パトロールなどに参加し、地域の一員として活動している。<br>事業所主催の「ニチイ祭り」に地域住民や家族等を招待し、利用者が地域の人々と交流ができるよう支援している。<br>毎年地域の小学校から運動会に招待され、利用者は職員と一緒に見学に出かけ、交流を図っている。<br>地域の人から認知症に関する相談を受けたり、地域の中学生の職場体験学習を受け入れるなど、地域に貢献しながら交流を図っている。 |   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                   | 介護相談などで、介護保険の申請、認知症についてなど分からない事、心配な事についてお話をさせてもらっている。散歩や下校パトロールなどで会う地域の方々との交流が重要に考える。                    |   |   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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 | 民生委員・市役所・ご家族・利用者の方々を中心に貴重な意見を頂戴し、議事録に残している。その内容を全職員が理解して実践に役立てている。                                       | 運営推進会議は家族等の代表や地域包括支援センター長、民生委員、事業所担当責任者、管理者、職員で2ヶ月に1回開催しているが、複数の地域住民の参加を得るまでには至っていない。<br>会議では事業所の行事や利用者の生活状況を報告しているほか、委員から「行事を知らせるチラシを近隣へ配っているが、地域との交流につなげるため今後も続けた方が良い」との意見が出るなど、活発な意見交換を行い、サービスの質の向上に活かしている。                                | 運営推進会議に町内会役員や老人会役員など、複数の地域住民の参加が得られるよう働きかけるとともに、多くの意見を運営に反映させ、事業所と地域との交流促進につなげることを期待する。 |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br><br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる  | 現状の報告及び相談をさせてもらっている   | 管理者は定期的に市担当者を訪問し、利用者の生活状況や事業所の空き情報などを報告している。<br>市担当者からは介護保険制度の改正や研修のお知らせなどを随時ファックスで知らせてもらっている。<br>他県に住む人からの入居の問い合わせにどう対応して良いか判らない時などは市担当者に相談するなど、協力体制を築いている。<br>管理者は年1回市主催のグループホーム連絡会に出席し、情報交換をしながら利用者の支援方法や書類の書き方を教えてもらうなど、事業所の改善に取り組んでいる。 |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br><br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 会社の方針は「身体拘束をしない」だが、危険を伴う場合は「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明と同意書」の取り交わしをし、早期の解除に努めるようにする                | 身体拘束や行動制限を行わないことを契約書に明記するとともに、職員はユニット会議で身体拘束の内容と弊害を理解し、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。<br>管理者は日々の生活の中で身体拘束にあたる行為などに気付いた場合は、職員が業務日誌として記入している「管理日誌」の備考欄に書き込み、全職員に周知を図っている。   |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br><br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 会社資料の高齢者虐待防止の手引きを基にホーム会議にて話し合う。虐待とはいったい何なのかを根本的などころから理解し直し、職員一人ひとりの虐待の防止・発見に努めていくようにしている。 |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br><br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                 | 会社のマニュアルを用いて成年後見人制度や日常生活自立支援事業についての勉強会を開催している。利用者の人権尊重は基本的なことを理解して支援している。                 |   |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                    | 契約に関しては時間を掛けて十分理解を頂いてから勧めている。  |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                 | 面会時や電話にて多くのご意見やご要望を頂いている。それを運営に反映させる事が信頼関係に繋がる事だと考える                           | 管理者や職員は利用者との日々の会話の中から意見や要望を聴いているほか、家族等の面会時などで意見等を聴く機会を設けている。<br>管理者は東日本大震災時の原発事故による放射能汚染や近年の異常気象のため外出ができない日が多いことから、利用者の足腰の機能低下予防のために、普段の生活の中に体操を取り入れて欲しいとの要望を家族等から受け、レクリエーションに体操を取り入れるなど、運営に反映させている。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                 | ホーム会議・ユニット会議等で職員一人ひとりの意見を言える場を設け、全員で話し合い、反映できるようにしている。職員一人ひとりの考え、意見が運営には大切である。 | 管理者は月1回のユニット会議で職員の意見や提案を聞く機会を設けるとともに、日々の生活の中で意見等を気軽に出せる雰囲気づくりに努めている。<br>男性職員から一部の女性の利用者が男性職員の夜勤時にトイレなどの誘導の際拒否することが多いので、女性職員に思われるようカツラを付けて試みたいとの提案があり、管理者は提案を受け入れるなど、運営に反映させている。                      |                   |
| 12   |      | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | キャリアアップ制度や資格手当制度にて介護福祉士の取得者が増えた。非常勤者から常勤者への登用も有る。職員の働きやすい環境づくりに努めている。          |  |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 社内外の研修に参加している。社外での研修だけでなく、社内の研修や勉強会を行っている。   |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 事業所連絡会や他の福祉施設との交流がとても勉強になるのだが、現状同業者との交流の機会が少ない。年2回のグループホーム連絡会へ出席している。                                  |      |                   |
| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入居前に本人とお話する時間を必ず作り、現状の問題となっている原因を追究できるようにしている。また、言動や表情からも不安な事や困っている事などを掴む事が出来るように面談は本人のペースで出来るようにしている。 |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                   | 入居申込時にホームをまず見学してもらい、ここでの暮らしや、ケア方法について理解をもらう。その上で、困っている事や心配事をお話していただいている。その内容は、ケアプランに盛り込んでいる。           |      |                   |
| 17                   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている               | 利用申込や見学時に事前調査させていただき、当ホームだけでなく、現状にあったサービスを色々と提案・説明させていただいている。  |      |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 家庭らしく職員も家族の一員として暮らしの中にいるようにしている。利用者より教えていただく事も多く、より良い信頼関係が出来ている                                  |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | ケアを職員と家族とともに家族関係や絆を大切にしながら、ともに支えてもらうように申込や契約の際に話しさせてもらい、実践している。                                  |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                    | 馴染みの方には出来るだけ面会に来ていただけるようお願いし、馴染みの場所にも訪問できるようにしている。また、なじみのものも入居の際に持参していただくようにしている                 | 職員は利用者との日頃の会話や家族等の話から、利用者がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所を把握している。<br>職員は家族等に連絡して利用者の希望を伝え、家族等の協力を得ながら墓参りや葬儀、馴染みの店に出かけたり、以前ペットとして可愛がっていた犬を連れてきてもらうなど、関係が途切れないよう支援している。<br>職員は利用者の日本舞踊の弟子や友人などが来訪した時にはお茶を出して接待し、今までの関係が途切れないよう支援している。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 利用者同士のよりよい関係作りに勤め、孤立せず、共同生活を楽しめるように支援している。   |   |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている | サービス終了後もボランティアで演奏に来ていただいたり、手紙で近況をお聞きし、相談にも乗らせていただいている。災害時には物資（オムツ）の寄付を頂いた。2、3ヶ月ごとに散髪にも来ていただいている。 |   |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |  |
| 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<br><br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。  | 本人の要望・意向を聞き、また把握した上でケアプランを立てている。今までの大切にしてきた生活習慣を続けていけるように努めている。                  | 職員は日々の生活の中で利用者と会話を交わしたり、利用者のつぶやきから思いや意向を把握している。<br>思いを表出できない利用者には入居時のアセスメントを活用したり、日々の生活の中で利用者の興味のあるような話をしながら表情や反応を観察して思いを推し量るほか、家族等から話を聴いてユニット会議で話し合いながら把握に努めている。<br>把握した思いや意向は管理日誌で共有するとともに、個人ファイルに記録している。 |                   |  |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br><br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 本人・家族・ケアマネージャー等より十分な時間を掛けてアセスメントを行っている。生活歴や馴染みの暮らし方等を把握して、より良い暮らしを支援できるように努めている。 |   |                   |  |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br><br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 一人ひとりが残存能力活かした生活ができるように努めている。  |   |                   |  |
| 26                         | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br><br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | モニタリング、再アセスメント、担当者会議、必要時に応じて行い、それぞれの意見を介護計画に反映させ作成している                           | 介護計画は利用者や家族等の面会時や電話で意見や要望を聴いて反映させるとともに、随時全職員で話し合い、職員や主治医の意見などを取り入れて作成しているほか、短期目標期間毎にモニタリングを実施して見直し、家族等の確認を得ている。<br>利用者の心身の状態に変化が生じた場合は、随時現状に即した介護計画に見直している。   |                   |  |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている               | 日々の様子や状態やケアの実戦内容等を記録し、職員間で情報共有している。そして今後の実戦や介護計画の見直しに活かしている。                              |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる      | 柔軟な対応が求められる為、臨機に対応するように、職員の予定シフトを変更したり、出勤の職員を多くして対応している。                                  |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                | 下校時の見守り隊や地域の避難訓練に参加している   |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している            | 家族に主治医は選んでいただいている。内科だけでなく、歯科、眼科、皮膚科も往診してもらっており、安心して適切な医療を受けられるようになっている。受診記録をとって家族に報告している。 | 契約時に利用者や家族等の意向を確認し、希望するかかりつけ医への受診を支援するとともに、協力医療機関への受診も支援している。<br>かかりつけ医への受診は家族等の付き添いを基本とし、受診時には職員が利用者の体調をメモに記入し、家族等から医師に渡してもらっている。<br>家族等が受診に付き添った場合は、結果の報告を受けている。<br>月2回協力医療機関の医師による訪問診療が受診できるよう支援しているほか、月1回の訪問歯科診療や希望がある時には皮膚科や眼科などの往診も支援し、受診結果を家族等の面会時や電話で報告している。<br>受診結果は個人ファイルと管理日誌に記録し、全職員で共有している。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している | 日常での情報や気づきなどは主治医にもこまめな情報提供及び相談をしている。主治医より受けた指示により、適切な医療が受けられるように支援している                    |  |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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  |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br><br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院の際は、現状と今後の治療方針の説明や家族、主治医、相談員との話し合いに同席させてもらい、情報交換や相談をして、早期に退院できるように体制づくりに努めている                                  |   |  |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br><br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 看取りを行わないことを契約時に説明しているが、重度化や終末期が予想される場合は、主治医、本人、家族と話し合いをして、その際に当事業所で出来る事を十分に説明させていただいている。その上で、介護職としてできることを実践している。 | 法人の方針で看取りは行わないことを契約時に利用者や家族等に説明しているが、過去に家族等の強い希望により看取りを実施した経験がある。<br>重度化や終末期が予想される場合は、主治医や利用者、家族等と話し合い、事業所でできることとできないことを説明して看取りの対応をしているが、重度化や看取りに向けた事業所の対応指針を管理者や職員、医療関係者で話し合っ作成するまでには至っていない。     | 昨年度の外部評価結果で課題となった、重度化や看取り対応指針の作成が達成されていないので、管理者や職員は医療関係者と話し合っ作成するとともに、利用者や家族等に説明することを期待する。 |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br><br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている   | マニュアルをもとに発生時に混乱しないように、手順や対応について訓練、勉強会をしている。  |   |  |
| 35   | 13   | ○災害対策<br><br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 消防隊立会いのもと、火災を想定した訓練を行っている。夜間を想定した訓練も実施している。地域の方々との交流の際、協力をお願いしている。   | 消防署立ち会いのもと夜間を想定した避難訓練と自主避難訓練を合わせて年2回実施しているが、近隣住民の参加を得られるまでには至っていない。<br>避難訓練の実施記録を作成し、訓練で明らかになった課題をユニット会議で全職員が話し合い、管理日誌に記録して共有し、次の訓練に活かしている。<br>災害時に備えて粥や飲料水、缶詰、おむつ、毛布、普段使用していないポータブルトイレなどを備蓄している。 | 複数の地域住民の出席が得られる運営推進会議を通して地域住民に避難訓練への参加を呼びかけ、災害時の地域との協力体制を構築することを期待する。                      |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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<br><br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                 | 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。記録の記入もアルファベット4文字表記にしている。個人情報の取扱い同意書も契約の際、取り交わしている。 | 職員採用時に接遇やプライバシー確保に向けた研修を実施している。<br>利用者一人ひとりの尊厳を大切にした対応をするとともに、年1回法人主催のプライバシー確保に向けたテスト方式の研修を行い、馴れ合いの中で利用者の誇りやプライバシーを損ねていないか再確認をしている。<br>職員は排泄介助時には利用者に小声で声をかけ、気配りしながらトイレ誘導するなど、利用者の人格を尊重した対応に努めている。<br>個人情報に関する書類は事務所の鍵のかかる書棚に保管し、情報漏洩に留意している。 |                   |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br><br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | 日常生活の中で本人が意思決定できるように支援している。重度化の場合でも表情や言動より汲み取るようにしている。職員が決定することは極力なくしている。            |   |                   |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br><br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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 | 本人ペースを大切にしている。家庭らしい本人の生活リズムが出来るように起床、食事、入浴、入床等行っている。レクの内容や献立、外出先や外食先なども希望に沿うようにしている  |   |                   |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br><br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | 美容師の方の協力のもと、その方の希望の髪形に散発してもらっている。整容や服装にも気をつけるようにしている。                                |   |                   |  |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br><br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている   | 基本的には、利用者と献立を決め、調理や配膳、食事、片付けを一緒に行っている。包丁を使ってもらったり、洗いものをしてもらったりしている。         | 献立は利用者と職員が一緒に決め、食材は近隣の商店やスーパーから届けてもらっている。<br>利用者はできる範囲で玉ねぎの皮むきや野菜切りなどの下準備や調理、配膳、下膳を行っている。<br>正月や雛祭り、クリスマス会、誕生会などの行事の時には、利用者の希望を取り入れた特別食を提供し、利用者の楽しみとなっている。<br>年に数回近隣の店に外食に出かけたり、食事の時にノンアルコールビールやノンアルコールワインを提供し、食事が楽しくなるよう支援している。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br><br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている        | 食事摂取量や水分接種量を管理、把握し、必要摂取量に満たないときは、献立や調理方法を工夫している。                            |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br><br>口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                | 毎食後、その方に合った口腔ケアを実施している。また、義歯は週1回、薬品につけて洗浄・殺菌を行っている。                         |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br><br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 排泄チェック表にて排泄管理をし、できるだけトイレで排泄できるように支援している。トイレへの声かけや誘導する事によって、自立で排泄できるようにしている。 | 職員は排泄チェック表を活用して利用者の排泄パターンを把握し、利用者一人ひとりのタイミングに合わせてトイレ誘導をするとともに、パッドやリハビリパンツを活用したり、居室にポータブルトイレを配置し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援をしている。<br>職員は利用者が失敗した場合は、周囲に気付かれないよう居室や風呂場に誘導し、利用者の自尊心を傷つけないように配慮している。  |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                          | 便秘の予防のため、食事の工夫で食物繊維の多いものを調理したり、水分摂取に努めたりしている。排泄管理はもちろんのこと、体操や運動を取り入れたり、場合により、排泄時に腹部マッサージ取り入れたりもしている。 |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 入浴するときは、一人ひとりに合わせて実施している為、本人の意向を大切にしている。入浴で楽しんでいたように入浴剤を使用したり、バラの花を浮かべたり、季節感を出したりして支援している。           | 風呂は毎日沸かし、週2回午後入浴を基本としているが、利用者の状態や希望にそって入浴日を変えたり、シャワー浴や足浴など、個々に応じた対応をしている。<br>入浴を拒む利用者には無理強いせず、職員を替えて声かけをしたり、「身体にお薬を塗りましょう」と声かけしながらさりげなく誘導するなど、工夫して入浴ができるよう支援している。<br>入浴を楽しんでもらえるように入浴剤を使用したり、薔薇や牡丹の花びらを浮かべるなど、季節感を取り入れる工夫をしている。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                           | 日中にリビングにいたり、居室に戻ったりと自由な時間を過ごせるように支援している。日中の活動性をあげるようにして、夜間の良眠にも繋がっていると思われる。                          |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                      | 一人ひとりについて既往歴や現病歴も含め、薬名、目的、副作用を理解している。食前薬・食後薬など、服薬の支援については、手順に沿って対応するようにしている。                         |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている         | 役目を持ってもらったり、仕事していただいたりと張りのある生活になるように支援している。  |   |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br><br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している                     | 外出や外食を定期的に行くようにしている。普段いけないような場所については家族に協力していただいている。ほとんどの家庭が遠出を希望されていない為、近くの場所で回数を多くして支援していく。                 | 利用者は天気の良い日には事業所周辺を散歩したり、ウッドデッキでお茶を飲みながら外気浴を楽しんでいる。<br>年に数回全利用者を2つか3つのグループに分け、利用者が希望する近隣の店での外食を支援している。<br>職員は利用者が季節の移り変わりを肌で感じたり、気分転換ができるよう、家族等の協力を得ながら花見や自宅への一時帰宅を支援している。   |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br><br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | 本人の金銭管理は難しいため、常時所持してもらう事はおこなっていない。金庫にて管理をしている。ほしいものなどがある場合は、お小遣いの中から支払ってもらっている。お小遣い帳に領収書を貼付して写しを毎月、家族に送付している |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br><br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 手紙や年賀状を出す為の葉書の準備や代筆の支援を行っている。家族からの電話の取次ぎや希望によって、本人から掛けられるように支援している。  |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br><br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | トイレに張り紙をしたり、浴室に暖簾を掛けたりしている。季節に応じた壁飾りを作成している。常に心地よく過ごせるように心がけている。   | 居間兼食堂からウッドデッキに出ることができ、その大きな窓から沢山の自然光や外気を取り入れ、換気や温度調節をして快適に過ごせるよう配慮しているほか、テレビやビデオを設置し、楽しみながら過ごせるよう工夫している。<br>テレビの脇の壁には利用者と職員が折り紙で制作した端午の節句のかぶとや季節の花の作品が飾られ、季節感を演出している。<br>廊下の壁には行事時に職員が写した利用者の写真が掲示されており、利用者が楽しんでいる様子が窺える。 |                   |

☆この評価は、受審事業所が自主的なサービス改善を行う努力を支援するための評価であり、調査当日の事業所の状況や提出された書類に基づいて評価したものです。

| 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 |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br><br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている             | リビングでは気のあった利用者同士が思い思いに過ごせるように席替えや机の配置をかえるなどして工夫している。また、いつでも居室に行く事は自由になっている。              |  |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br><br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居の際に使い慣れたものや気に入っているものなどでこれまでの生活に極力近づけるような環境づくりをしている。居室のレイアウト等も本人や家族の意見や意向を取り入れている。      | 居室にはエアコンやカーテンが備え付けられている。<br>利用者は家族等と相談しながらベッドや布団、本棚、タンス、整理箱、テレビなどを持ち込んでいるほか、家族の写真や利用者の若い時の写真、手作りの作品など、思い思いの物を置いたり壁に飾り、居心地よく過ごせるよう工夫している。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br><br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 安全第一だが、そればかり追及してしまうと過剰な介護になってしまうため、自立支援に必要なときは、包丁も使っていただいたり、階段を使用したりと一人ひとりに合った事を取り入れている。 |  |                   |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)                    | ○ 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3, 利用者の1/3くらいの<br>4, ほとんど掴んでいない |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)                            | ○ 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまにある<br>4, ほとんどない                  |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                                  | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目：36, 37)                   | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目：49)                                  | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)                       | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28)                  | ○ 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>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る。<br>(参考項目：9, 10, 19) | ○ 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3, 家族の1/3くらいと<br>4, ほとんどできていない    |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように<br><input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある<br><input type="checkbox"/> 3, たまに<br><input type="checkbox"/> 4, ほとんどない             |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | <input type="checkbox"/> 1, 大いに増えている<br><input type="checkbox"/> 2, 少しずつ増えている<br><input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない<br><input type="checkbox"/> 4, 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="checkbox"/> 1, ほぼ全ての職員が<br><input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が<br><input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族等が<br><input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが<br><input type="checkbox"/> 4, ほとんどいない |

(様式4)

## 目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター守谷

作成日 平成25年7月31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    | 運営推進会議に町内会役員や複数の地域住民の参加を得る。 | 地域住民からの意見を運営に反映させる事ができる。                   | 民生委員さんを通じて地域住民の参加が得られるよう働きかける。               | 12ヶ月       |
| 2    | 33   | 重度化や看取り対応指針の作成              | 管理者、職員は、重度化や看取り対応について利用者や家族に対して説明することができる。 | 医療関係者と話し合い作成し、職員が内容を把握できるように管理者がユニット会議にておとす。 | 6ヶ月        |
| 3    | 35   | 災害時、地位との協力体制の構築             | 避難訓練時に地域住民へ参加の呼びかけが出来るようにする。               | 運営推進会議を通して地域住民に参加の呼びかけを行う。                   | 12ヶ月       |
| 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。