

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 | 1690200199 |
| 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高岡 |
| 所在地 | 富山県高岡市中川栄町5番13号 |
| 自己評価作成日 | 平成31年1月18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等で閲覧してください。

| | |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 | |
|----------|--|

【評価機関概要（評価機関記入）】

| | | | |
|-------|---------------------------------------|------------|------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 富山県介護福祉士会 | | |
| 所在地 | 939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階 | | |
| 訪問調査日 | 平成31年1月29日 | 評価結果市町村受理日 | 平成31年3月15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）】

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・人材育成や家族支援を担うため、「ニチイの認知症ケア」研修を実施している。 ・毎月第3木曜日に見学会、誕生月にはご利用者の誕生会を開いている。 ・時折外出の機会を設けたり、慰問ボランティアの方に来ていただいたりし、ご利用者や地域の方々に楽しんでいただけるように取り組んでいる。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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>利用者は自分の意思で動ける方が多くおり、今後もそれを維持できるように自立を促すように支援している。その生活空間が居心地良いものとなるように、こまめに掃除や整理整頓がなされ、環境整備が行き届いている。さらに、食事が楽しみのあるものとなるよう、利用者が食べたいものや行事食を取り入れたり、おやつは、毎日手作りのものを提供している。</p> <p>利用者の生活を支えるための支援方法等についての話し合いをする機会が多く、職員間の連携が取れている事業所となっている。</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

V. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します。

| 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | | 項目 | | 取り組みの成果 ↓該当するものに○印 | |
|----|-----------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない | 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 |
| 57 | 利用者と職員と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 | 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：2, 20) | ○ | 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 |
| 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 | 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が拡がったり深まり、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 |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 |
| 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 | 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 |
| 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 | | | | |

1 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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ふ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 | 「あたたかいほほえみで明るい毎日。やさしいほほえみでやすらぎの毎日」を職員全員で考え、基本理念とした。社是の誠意・誇り・情熱や施設の基本理念を頭に置き、業務に取り組んでいる。 | 理念は、玄関や事務所に掲示してあり、いつでも確認できるようになっている。また、ミーティングの際に全職員で唱和し、理念を確認し合っている。 | |
| 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 | 地域の店を利用したり、月に1度床屋さんに訪問していただいている。地区民生委員さんが、地域で行われる行事に声をかけて下さっている。 | 民生委員が地域の行事を教えてください、地蔵祭り等、地域の行事に参加している。また、事業所の向かい側にある床屋さんに訪問してもらい、利用者の髪を切ってもらったりし、日常的に地域の方との交流がある。 | |
| 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 | 運営推進会議の中で認知症について取り上げ、理解を深めてもらっている。 | | |
| 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 | 偶数月に定期開催し、入退去者、待機者の報告や、行事の案内をしている。ご家族にも参加案内を出し続け、1回だけご家族の参加があった。 | 民生委員、地域包括支援センター、家族、利用者が参加し、2ヶ月に1回会議が開催されている。会議の際に、「認知症カフェ」の開催を継続してほしいという意見が出ており開催を継続し、会議で出された意見が活かされている。 | |
| 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り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 | 2ヶ月毎の運営推進会議で活動状況を伝えている。 | 運営推進会議にて活動状況を伝えたり、困難事例等困ったことがあれば、市に相談したりしており、協力関係を築くようにしている。 | |
| 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 | 虐待や認知症、高齢者について正しい理解度を高め、介護の技術や研修などで身体拘束のないケアに取り組んでいる。毎月の業務ミーティングで身体拘束廃止についての研修を行っている。 | 月1回、施設内研修を実施している。「身体拘束等の適正化のための指針」を基に、日々の支援方法が身体拘束に繋がっていないか確認し合っている。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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 | 当社の高齢者虐待防止スローガン「虐待はしない」「虐待をしない・させない・見逃さない」に則り、虐待防止に努めている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 内外部の研修に参加し、業務ミーティング時に他の職員へ落とし込みをしている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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 | 契約時に説明を行っている。看取りや状態が変化した時の事など、契約後でも疑問点については説明を行い、ご家族に理解を得ている。 | | |
| 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なら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 | 年1回法人本部が実施する家族アンケート「顧客満足度調査」を実施している。その結果を全職員に周知すると共に業務ミーティング等で対応について検討し、ご家族にも報告している。 | 「顧客満足度調査」を実施し、意見を聞くようにしている。さらに、利用者との日常の会話の中や、家族の面会時等に意見を聞くようにしており、聞き取った意見は職員で共有し、対応方法等について検討し、実践につなげている。 | |
| 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 | 業務ミーティングや朝礼時等で職員から意見を聞き、全員で実践できるよう、努力している。 | シフトの希望や業務内容についての相談等、いつでも気軽に相談できるような関係性が築かれている。すぐに対応できるものは速やかに実行している。そうでないものは、検討した上で実行している。 | |
| 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 | 個々の勤務条件を把握し、極力希望に沿うよう配慮している。キャリアアップ試験による賃金アップ制度がある。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている | 職員全体が統一したケアを提供できるよう、業務内容を見直し、また研修の機会も設けている。 | | |
| 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作り、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り組みをしている | 月1回法人内のGHと交流する機会があり、情報交換を行っている。また職員も研修に行った際に他のGHと交流の機会を持っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 サービスを導入する段階で、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 | 本人の話を傾聴し、安心感を持ってもらえるよう信頼関係に努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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 | 入居時の面談や見学のときに本人、家族の話を傾聴、要望等を伺い、安心してもらえるように努めている。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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、家族の話を傾聴し、他のサービスを導入することで生活を継続できないか、できる範囲で案内している。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 入居者には職員見守りのもと、できることをしていただいている。食器、おぼん拭き、衣類たたみ等の手伝いもしていただいている。 | | |
| 19 | | ○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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 | 電話や毎月のお手紙で近況報告をしたり、家族の面会時には、本人の居室でゆっくりとした時間を一緒に過ごしていただく等、配慮している。 | | |
| 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 | 家族に外出や外泊の協力をしていただいている。本人と過ごす時間が持てるよう、行事の案内等をしている。 | 家族の協力の下に、馴染みの美容院へ行ったり、馴染みのお店へ買い物に行ったりしている。また、利用者の友人が来ることもあり、お部屋でゆっくりと過ごしていただけるよう配慮する等、これまでの関係性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 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 | 入居者の意見を尊重し、話を傾聴するよう努めている。入居者間の相性を考慮し、席を替えたりしている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | サービス時には、いつでも相談にのる旨をお伝えしている。 | | |
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | (9) | ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している | 本人の意思や家族からの情報提供などによって、本人の希望が取り入れられるように工夫している。 | 利用者の日常の言動から、思いや意向を聞き取っている。聞き取られた意向は、介護記録に記録され、職員で共有している。 | 本人の思いや意向を職員間で共有し、家族の思いも聞き取り、本人の意向をより理解を深める機会となることを期待したい。 |
| 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 | ご本人、ご家族からそれまでの生活歴を情報収集している。担当ケアマネージャーからも情報を収集している。 | | |
| 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 | 介護記録や朝の申し送りより、現状の把握に努めている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 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 | センター方式を活用し、本人、家族の思いや希望を取り入れ、日々の生活を把握してモニタリングし、介護計画書を作成している。 | モニタリングを実施し、現状に即した介護計画となっているか確認したうえで、さらなる具体的な支援方法を検討し、介護計画を作成している。 | 日々の生活から利用者や家族の思いを介護記録に記録し、それに基づいて介護計画とモニタリングが実施されることを期待したい。 |
| 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 | 介護記録や職員からの情報をもとに介護計画を見直している。 | | |
| 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 | その時々発生するニーズに対して職員で話し合い、ケアを提供している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 | 地域資源を把握し、安全・安心で過ごしていただくように努力している。 | | |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 入居時に本人のかかりつけ医を確認し、馴染みの病院への受診をすすめている。要望があった時は協力医を紹介している。 | かかりつけ医への受診は、家族の付き添いをお願いしている。日頃の状況や医師への報告事項などは、職員が記録したものを家族に手渡し、適切な医療を受けることができるよう支援している。また、かかりつけ医が事業所の協力医の場合は、月1回の往診がある。医師、看護師、薬剤師にいつでも相談できる体制が築かれている。 | |
| 31 | | ○看護職との協働 介護職は、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 | 平成27年12月より週に1度訪問看護に来ていただき、ご利用者の健康管理や相談をさせていただいている。 | | |
| 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、又、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。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 病院や家族に連絡を取り、現状を確認している。また、地域連携室の担当者との連絡を取り合い、状況確認を行っている。 | | |
| 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、事業所です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 | 平成27年12月より週に1度訪問看護に来ていただけるようになり、主治医の指示のもと、医療行為をしてもらえることになった。重度化した場合のあり方について、家族、主治医、看護師と連携をとりながら支援に取り組んでいる。 | 看取りケアはしない方針であり、契約の際に、「重度化した場合における対応に係る指針」により説明し、同意を得ている。利用者の状況に合わせて、家族、かかりつけ医等と相談し、事業所でする支援を行っている。 | |
| 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 | 緊急時はその場にいる職員が対応している。対応が困難な時は管理者に連絡が入るシステムになっている。 | | |
| 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 | 年に2回の消防訓練などによって、避難の方法などを学んでいる。消防訓練はほぼ全員の職員が参加している。民生委員の方を通して、地域と顔馴染みの関係作りに努めている。 | 職員数の少ない夜間想定した火災避難訓練を多く実施している。また、地域の火災の連絡網に事業所が組み込まれており、地域との協力体制が築かれている。今後は、水害、地震についての訓練も実施予定である。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 | 採用時と毎年個人情報についての研修を行い、テストで理解度を確認している。ご利用者一人ひとりに応じた声掛けと対応をするよう心がけている。プライバシーなどにも配慮している。 | 毎年全職員に、確認トレーニングテストを実施し、プライバシーを損ねた対応となっていないかを確認している。利用者への声のかけ方や対応の仕方等、不適切な対応となっていないかミーティングでも確認し合っている。 | |
| 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 | 何かをするときは本人に了解を取ったり、思いを聞き出せるように努力している。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | ご利用者一人ひとりの意思を優先し、本人のペースに合わせて支援するように努めている。 | | |
| 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 | ご利用者の着たい服を着てもらっている。月に1回、近所の床屋さんに来訪していただいている。介助が必要な方には、判断や動作の援助をしている。 | | |
| 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 | 毎日のおやつは職員が手作りしている。お弁当やオードブルを注文したり、季節に合った献立にし食事を楽しむ工夫をしている。チラシを見て、ご利用者が食べたいものについて話をしている。 | 基本的には、会社で作成された献立表に沿って、食事を作り提供している。また、食事委員会を中心に、行事献立や利用者の食べたいメニューを組み込む等、食事が楽しいものとなるよう工夫している。さらに、おやつは毎日手作りのものを提供している。 | |
| 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 | 当社の献立表をもとに、ご利用者の状態に合わせてきざみ食やミキサー食を提供している。介護記録に毎食の飲食量を記入している。 | | |
| 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、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 | 起床、就寝時、食後には口腔ケアの声掛けをしている。ご利用者の能力に応じたケアをしている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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むけた支援を行っている | 個々の排泄状況やリズムを把握し、その人にあつたタイミングで声掛けや誘導をしている。 | 排泄チェックを行い、利用者の排泄パターンをつかみ、それに沿って声かけを行うようにし、できる限りトイレでの排泄を促すようにしている。 | |
| 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 | 職員間で排便状況の確認をしている。排便がないときは、水分を多めに摂ってもらったり、乳製品を摂取していただいている。下剤服用の方は排便の状況を見て、調整させていただいている。 | | |
| 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、個々にそつた支援をしている | 月曜日から土曜日、ご利用者の意思を確認してから入浴してもらっている。入浴時ご利用者のペースに合わせて入浴してもらっている。 | 基本的には入浴する曜日を決めてはいるが、利用者の状況に応じ、柔軟に対応している。いつでも入浴できるようお風呂の準備が整っている。 | |
| 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 | その時の状況や体調に応じて、休息、就寝してもらっている。 | | |
| 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 | 個々の薬の必要性を確認しながら、それぞれに合った方法で服薬介助をしている。2名体制で服薬支援をしている。 | | |
| 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 | 本人、ご家族から趣味などを聞いている。個々に合った役割や楽しみを把握し、日々の生活からできる事を実践している。 | | |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、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 | 職員の数上、毎月外出ができなくなつてしまつた。その中でも季節ごとに少人数ではあるが外出した。 | 「年間行事開催予定表」を作成し、買い物、ドライブ等に出かけている。また、地域の地蔵祭りに参加する等、地域行事にも参加している。 | 買い物、ドライブ、地域行事等に外出支援を行っている状況を写真や利用者の感想等を家族へ発信する方法を検討されることを期待したい。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 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 | お小遣い1万円を上限としてお預かりしている。個人的に持っていただくと紛失やトラブルに発展する恐れがあるため、個人の財布に入れて事務所金庫に保管している。 | | |
| 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 | 本人の希望があれば、家族などへ電話していただいている。 | | |
| 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 | 壁に季節に応じた飾りつけをしている。室内の配慮をすると共に加湿器を設置している。適度な換気を行い、環境に配慮している。 | 食堂、廊下等は、利用者の動線を考えた上での物の配置がされており、利用者が過ごしやすくなっている。また、窓が多く、外の様子を眺めることができ、季節の移り変わりを実感できるようになっている。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている | ご利用者の思いに応じて、共同空間と居室の行き来をしていただけるように配慮している。 | | |
| 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 | 使い慣れたものをご家族にお願いし、持って来ていただき、ご利用者が安心できるようにしている。 | 利用者が使い慣れたものを持参し、本人が居心地良く過ごせるようになっている。また、シーツや掛け布団カバーも持参して頂き、本人が心地良い眠りに繋がるようにしている。 | |
| 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」「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 | 危険な物や転倒につながるような物を認識し、安全に生活できるよう工夫している。 | | |

2 目標達成計画

事業所名 ニチイケアセンター高岡

作成日：平成 31 年 3 月 18 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【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 | 49 | 毎月ではないが、少人数で外出はしている。御家族に外出の内容がわかるものを発信していないので、御家族から外出をしていないのではないかという誤解を与えてしまっている。 | 御家族に外出したことがわかるものを発信していく。 | 御家族来訪時にどこに行ったか、またその時にご入居者が言われたことを家族に伝えていく。写真をホーム内に掲示し、外出したことを目と耳に入るようにしていく。 | 6ヶ月 |
| 2 | 23 | ご本人、ご家族の思いが職員間で情報共有されていないことがある。また御家族から思いを聴けてないところもあり、御家族とご本人の思いが交わっているかが不明なところがある。 | 生活を送る上で、ご本人と御家族の思いがどういうものなのかを聴いていく。 | ご本人からの生活に対する思いが不明確なときは職員が感じたことを御家族に伝え確認していく。御家族はそれに対してどのように思っているかを聴いていく。職員間では連絡ノートを活用し得た情報が全員に伝わるよう書面に残す。 | 6ヶ月 |
| 3 | 26 | ご本人や御家族からの思いが介護記録等に記載されていないので、ケアプランの根拠となるものがない。 | ケアプランの根拠となるものを書面に残していく。 | ご本人の思いはもちろんのこと、御家族からの言葉、思いも介護記録に残していく。それを根拠としケアプラン、モニタリング等の介護過程を展開させていく。 | 6ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。