

令和元年度

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	1670201233
法人名	(株)永田メディカル
事業所名	ローカルセンター野村
所在地	富山県高岡市野村601-1
自己評価作成日	令和元年8月1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	令和元年8月20日	評価結果市町村受理日	令和元年9月6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）】

ローカルセンター野村では、家族、友人、近隣の方が気軽に集まる温もりのある「大きな家」を目指しています。個々の尊厳や生活の質を保ちつつ、家庭的な雰囲気の中、食事の支度、掃除、洗濯など職員と一緒にしています。また、施設の特徴として、玄関のドアは早朝、夜間を除き、日中は開放しており、玄関先や中庭で外気浴ができます。畑の世話、生け花、散歩等個々の趣味に合わせて提供し、楽しめるようにしています。ご家族さん、地域の皆さん、ボランティアさん、職員が協力して助け合い入居者さんを支え、自分らしく生活できるよう努めています。

【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）】

法人理念に基づいて、運営方針が発表され毎年事業所独自のケア目標（入居者さんひとりひとりの心に寄り添ったケアで安心して過ごしていただき、地域の皆様が当施設を利用したいと思っていただけるような施設を目指していく。①ティータイム等利用者の横に座り、会話をを行う。②業務優先ではなく、ケアの一環として、買い物を1人でもいいので、一緒に行く。社会との関わりを作る機会を継続し、社会性を維持する。③自己のフロアに捉われず、施設皆で関わる時間を作る。）を全職員で作成し実践している。事業所はこのケア目標に従い、個別性を大切に支援を実践し、また気軽に近隣への散歩を行う等、地域と共に支えあう生活に取り組んでいる。職員は自己評価を年2回行い施設長からコメントをもらい、確認や振り返りを行いチームでの共通理解が出来ている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人が訪ねて来ている。 (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				

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	利用者本位のケアを目指している。日頃、様々なケアの経験の中で実感しながら新しい職員にも説明し、納得してもらいながら職員全員が再認識できるように努めている。	法人理念を事務所、各ユニットに掲示し、毎年12月に経営方針発表会がある。年度で職員間でケア目標を作成し法人に提出し、日報にケア目標を提示して日々確認している。月1回ミーティングで話し合いケア目標を掘り下げて実践につなげている。	
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	自治会さんに協力していただき、春季の獅子舞、夏季の納涼祭を共同開催(施設の駐車場を提供)することで、地域の方々も気軽に参加、見学に来られて、同時に家族の参加もある為、交流もされている。また、地域や、学校からもボランティアの参加があり、入居者さんとの会話や散歩、日常生活における支援の一部に寄り添っていただいている。	地域のカラオケ、お話ボランティアさんの定期的な訪問を受けて日頃から触れ合う機会がある。地域と納涼祭を共同で開催することで、地域との良好な関係構築に繋がり、支えあう関係となっており、地区の春季大祭には獅子舞が事業所を訪問してくれている。日常的に近所を散歩しお互い挨拶を交わし会話を楽しんでいる。	
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	2か月に1回運営推進会議を開催し、自治会の方々や福祉活動員の方が参加、見学に来られている。出来るだけ、住み慣れた地域で安心して生活を送っていただいていることを理解していただけるよう介護等の悩み、相談にも適切なアドバイスができるよう努めている。		
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	運営推進会議では、当施設の運営状況、行事等の報告をしている。出席されたご家族や地域の方からは経験をもとにご家族側からの介護負担状況等貴重なご意見もいただき、更にサービスに反映できるよう努めている。	毎年4月に家族会総会を兼ねて地域包括支援センター、全家族が参加いただけるように周知、開催している。第2回から地域6地区班長の方が年度予定を立て参加頂き、行事計画、報告・入退去状況等について話し合い、意見をもらうようにしている。施設見学を行っている。毎回、議事録を作成して全職員で共有確認しているが、不参加の方との情報共有はできていない。	議事録記録等を作成し、会議で話し合われた内容や出された意見について、参加者と職員間の共有だけでなく不参加の方々との情報共有に期待したい。
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に取り組んでいる	定期的に介護相談員の受け入れを行っている。施設の現状を見ていただくとともに、直接利用者さんとお話をいただいている。適切なアドバイスもいただくこともあり、職員に周知し、ケアに活かせるようにしている。	半年4回の介護相談員訪問がある。地域包括支援センターとは事情所利用状況について情報を共有している。地域包括支援センターが主催しているケアカフェに参加して地域ケア相談員・医師・薬剤師・訪問看護師・ケアマネが参加して地域の困難事例に対して共有情報の交換を行い協力関係の構築と連携に心掛けている。	
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	心身ともに拘束のないケアを目指している。日中は玄関の施錠はせず、好きな時に中庭、駐車場への行き来をしている。職員の見守りのもと、外気浴や近くまでの散歩を行っている。何度も散歩希望のある方はその都度一緒に出かけてその思いに寄り添っている。やむを得ず、ベッド柵で困んだ際は、1~2か月に一度継続かどうかの検討会を行った。また、3か月に1回、身体拘束廃止委員会を行っている。	身体拘束廃止に向けての基本方針があり、昨年から、ミーティングの中で3か月に1回身体拘束廃止委員会を開催して研修会で事例の検討を行ったり、社会的な問題について、意見交換やグループワークを行っている。やむを得ず身体拘束を行う場合においても、身体拘束に関する説明書・経過観察記録・緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書に基づいて対応している。日頃は利用者が自由に事業所内外を歩き来できるように見守りしている。	
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	日頃のケアの中でも言葉遣いや行動、制限にも配慮し、職場内研修でも虐待につながる不適切なケアについて話し合っている。不適切なケアと思われる際には、申し送り時に伝え、ケアの統一を心掛けている。		

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	成年後見制度を利用されている方が2名いる。担当事務所の職員さんの面会等も自由にしていただいております。支援者の少ない方にも負い目を感じることなく、生活していただけるよう支援している。		
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	入所、退所の際は書類を用いて十分な説明をし、同意を得ている。また、利用料、加算項目変更時にはその都度、書面の連絡をはじめ、家族会総会時にも再度説明を行っている。不明な点がある際は、個別で再度説明を行っている。		
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	ご家族に運営推進会議に参加していただき、意見をいただいている。年に1回開催される家族会総会でも介護サービス内容をはじめ、認知症に関する知識の情報交換の場として利用していただき、意見をいただいたものをケアに反映している。	家族会総会を年1回開催し食事を同時開催。年1回家族アンケート(安心して暮らせていますか・家族の方は施設の生活をどう思うか・行事を楽しんでいますか・施設とのコミュニケーション・行ってほしいケア・職員、施設に対する意見)を行い、出された意見をミーティングで職員で共有して、全家族と共有している。	
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	月に1回のミーティングの際、本社からも参加していただき、情報交換の場、職員の意見を聞く機会を設けている。会議録を回覧することで、参加できなかった職員にも周知徹底を図っている。また、午前、午後の職員休憩時間にコミュニケーションをとることで、どのような点で困っているか気軽に相談もおこなっている。	本社では年間研修計画が作成され、職員・リーダー職員共に月1回定期的に研修会が開催されており、開催時に情報交換・現場の意見を聴く機会を設けている。事業所のミーティング時においても本社より参加があり、職員全員がひとり一言(運営・プライベート・日々の実践)自由に意見を言える機会を持っている。	
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	運営者は年に2回、管理者から個人評価(一次査定)を受け、勤務状況を把握している。個人の能力を高める、活かせる配置、研修への参加を促している。		
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	管理者は年2回、職員全員に自己評価をしてもらい、目標、達成具合についてコメントをしてスキルアップできるよう促している。運営者は研修費用を本社が負担し、研修日は出勤扱いにし、職員育成に取り組んでいる。		
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	系列のローカルセンター高岡、杜のつどい土合へ昨年度は互いの職場へ月に1回交流研修として出向してきた。今年度は、本社へ月1回行き、意見交換、事業内容に関する研修を行っている。		

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	ご家族様、本人様にはできるだけ、入所前に施設見学をすすめ、施設の雰囲気確かめていただいている。入所前に現在の生活状況を把握し、なるべく、入所後もそれに近いサービスが提供できるようにアセスメントを取るようになっている。本人様に不安訴えがあった際は、家族様と話し合い安心して生活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	家族の介護不安や状況を納得されるまでよく聞き、要望にそえるように努めている。いつでも面会や相談に応じ、話し合いが出来るようになっている。		
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	初期のアセスメントでは伺えなかったことを入所後に普段の会話、言動で思いが得られることがある為、随時、追加アセスメントし、職員間で情報共有、ケアに活かせるようになっている。 緊急性のある利用者については、家族、施設と連絡調整し、入所できるよう、迅速な対応をしている。		
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	得意分野を活かし、お互い協力しながら言葉かけを行い、よい関係を築けるよう努めている。皆さんと食事の準備、掃除、洗濯もの干しやたたみ、雑巾縫い等日常使用するものの買い出しにも付き添っていただいている。(ヒラキストア、カーマ、クスリのアオキ等)		
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	日頃、多忙で中々面会に来れない家族にも年3回の家族会行事には、事前に告知し、本人さんとゆっくり過ごせるよう食事会も行っている。毎月の広報で担当職員が入居者の状況を報告している。 家族とよく話し合い、コミュニケーションを大事にしている。外出、外泊支援も行っていただいている。		
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	友人、知人に訪問していただいたり、自宅周辺へのドライブや墓参りにも同行している。また、出身地区の行事(獅子舞等)にも参加することもある。要望に応じて、親戚や近所の方にも面会に来ていただいている。	日頃の支援時の会話から、これまでの暮らしの中で大切にしてきた人や場所の把握に努め、自宅やお墓参り理・美容院、地元行事(大祭)に出掛けている。家族状況に応じて送迎を行い対応している。野村たよりを毎月作成して、利用者の生活の様子を個別に配布している。また、年1回家族に日常の生活場面や行事での様子をCDRIにして渡している。	
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	同一のフロアに留まらず、エレベーターや階段を使用し、互いの階を行き来し、駐車場内での外気浴、散歩を行っている。特に仲の良い入居者さん同士では居室内でも交流されている。		

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	入院された入居者さんへの面会を職員と一緒に رفتり、他施設へ転所された方にも面会を行っている。家族さんにはその後の経過や、処遇を伺っている。逆に家族側より、経過報告があることもある。		
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	ひとりひとり思いを聞き、習慣、得意分野を活かした役割を取り入れるようにしているが、体調面などを考慮し、無理のないように行っている。例えば、日中何度も散歩の希望がある方は出来るだけ一緒に周囲をまわり、混乱されないよう支援している。 コーヒーを毎朝飲んでいる方は居室にコーヒー、砂糖、粉ミルクを設置し、台所でお湯を注いでいただいている。	これまでの生活における習慣や役割、得意なことについて情報収集を行うと共に、日々の生活場面での会話を大切に希望や思いの把握に努めている。個別の思いや意向について、申し送りで職員間で共有を行い、モニタリングシート、担当者会議においても確認している。	
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	本人、家族、利用している施設、担当ケアマネジャー等の情報を詳細に伺っている。また、日々の会話、持参された写真アルバム、思い出の品と一緒に見ることで、どのように生活してきたのかを理解し、馴染みの生活環境になれるよう努力している。		
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	個々の心身状態やADLを把握し、利用者の思いや個々の能力に応じてアクティビティを促している。編み物が得意な方は帽子編みをされ、刺し子縫いが得意な方は刺し子縫いをされる等。わからなくなったら、職員に聞き、思い出しながら編まれている。		
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	日々の記録、要約した支援経過、毎日の申し送りの中で生活の変化や状況等をモニタリングし課題を抽出している。担当者は会議を開き、家族、本人の意向を現状を説明しながら伺っている。介護計画の見直しをし、検討結果は、職員に回覧し、家族へ書類を送付している。	職員1人が1名の利用者さんを担当しアセスメントを行い定期的(4か月に1回)に再アセスメント・モニタリングシートの作成をしている。家族面会時には、本人・家族の意見を聴き、担当者会議を実施してケアプランを作成。担当者・計画作成者・施設長で確認している。ケアプラン予定確認表で定期的に評価・担当者会議・ケアプラン・説明(同意)について確認している。	
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	気づきや会話等を記録に残し、要約した支援経過をもとに、モニタリングやケアプランを共有している。また、常に職員間でも状況の変化を把握し話し合っている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	通院(※当施設の主治医への)や必要物品の買い物など家族の状況に合わせて職員が対応している。また、入院に至る際は、可能な限り、送迎、入院準備を行い、家族さんへの負担軽減に努めている。		

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
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	運営推進会議をきっかけに地域との関係も密接になり、地域のボランティアさんも定期的に来ていただいている。納涼祭では、自治会との共同開催につき、普段接していない地域の方と交流している。		
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	協力医は月に2回往診があり、体調の変化時には相談や処方調整を対応していただいている。他の医療機関を希望されている方は、主治医宛てに施設での生活、相談内容を示した文章を家族さんを通じて情報提供している。	利用者の希望される医療機関受診については家族送迎で受診をしている。事業所近隣の医療機関(協力医)の月2回の往診で対応している。歯科については、月2回定期的に訪問歯科で対応している。日中は体調の変化に応じて協力医に連絡・相談し、夜間は救急で対応している。	
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	ふしき病院訪問看護ステーションの利用により、連絡体制、相談ができるようにしている。また週に1回(毎週水曜日)に訪問もしていただいている。		
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。	入院時には職員が面会に行き、家族や医療機関と情報を交換しながら速やかな退院後の支援について相談、検討している。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期における医療処置の対応について、入所時に「重度化における指針」の説明、状態変化のある際、説明をしている。ふしき病院訪問看護との連携で家族や主治医とも状況に応じて判断している。	入居当初に「重度化対応・終末期ケア指針」について説明している。これまで看取りの希望が無いため実績はない。状態に応じ協力医に相談すると共に、訪問看護ステーションと契約し支援対応について相談している。施設長として今後は、職員状況に応じて段階的に学びの機会を確保したいと考えている。	入居当初に利用者家族に対しては「重度化対応・終末期ケア指針」については説明が行われているが職員間での共有が十分とは言えない為、「重度化対応・終末期ケア方針」について職員間での共有に期待したい。
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	ヒヤリハット報告書、事故報告書を職員間で共有し、常に、急変時や事故発生時の対応を話し合っている。また、月に1回のミーティング時で再度ヒヤリハットを振り返る機会も設けている。		
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	年2回の火災避難訓練の実施(日勤帯想定、夜間帯想定)、年1回程度の水害時における2階への避難訓練を行っている。自治会さんにも過去に訓練の様子を見学していただいた。また、自治会より避難者名簿として、入居者名簿(個人情報につき家族会で同意を得たもの)も自治会に提出している。	年2回避難訓練を実施している。地元自治会長の訓練見学を行っていただいたこともあるが、都合が悪く参加できていない。訓練時、地域の方が「何かあったの」と聞きに来られたことがある。水害の対策については消防に相談助言を受けて定期的実践している。備蓄については食品庫に乾物、缶詰等十分に準備されている。	運営推進会議等の地域住民の方が参加される機会を活用して、災害時等における近隣住民の協力体制の構築に期待したい。

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
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	共同生活をしていく中で、各自に役割を持って過ごしていただいている。依頼する際は、命令口調にならないように注意を払っている。	本社主催で接遇についての研修会を6月に開催している。事業所として介護現場におけるプライバシー研修会を開催し、排泄・入浴時における声掛けについて行うと共に、実践でふさわしくない声掛け時があった場合においては、計画作成担当者・施設長が個別に注意している。その場で職員間でも注意するようにしている。	
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	入居者にアクティビティを提供する際、体調や気分に応じて、意思疎通がしやすいように声掛けをし、自己決定を大切にされたケアを行っている。		
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	買い物、散歩、縫い物、洗濯物干し・たたみ、野菜切り、掃除、米研ぎ、カラオケ等その方の希望とペースに沿う様にすすめている。自発的にできるよう無理なく提供している。		
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	美容院、床屋への外出支援をしている。希望に応じて毛染めも対応していただいている。衣類は、季節にあわせて準備していただけるよう家族に連絡をしている。		
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	献立表の記入、野菜の皮むき、副菜の盛り付け、米研ぎ等調理の手伝いや、食後の食器洗いもしていただいている。台所からホールまで見えるようになっており、匂いや出来立てのものが目の前で見えるようになっている。	季節や利用者の意見を取り入れながら、季節行事に応じて雰囲気ができるように2週間単位で料理担当職員が献立を作成し、できる方にも参加して頂き調理している。行事で外出に出掛けて食事をしたり、喫茶に出掛けたり、お弁当を取ったり、手作りおやつを楽しんだりしている。献立表が各テーブルで分かるようにしている。家族と外出し外食される方もおられる。	
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	体調などその人に合わせた摂取量を調整している。不足している方は、個別に栄養補助食品、お菓子等で補っている。水分は、お茶以外に、コーヒー、紅茶、牛乳、ヤクルト、ジュース等好みに応じたもので水分量を摂取していただいている。		
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	毎食後、口腔ケアをして頂いている。居室洗面台、共有洗面台で本人の能力に応じて一部介助を行う方もいる。平成29年度～希望者において、義歯の調整等を訪問歯科診療、口腔ケア指導に個別に来所していただいている。		

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	1人1人の排泄状況を把握し、出来る限りトイレの使用、布パンツ(パッドの使用もあり)の使用をしていただけるよう支援している。ADLの状況により、夜間はポータブルトイレの使用をしていただいている方もいる。個々に応じた排泄用品を使用している。	布パンツにパットを利用している方が大半を占めており、紙パンツの方はほとんどおられない。1人ひとりの排泄状況に応じた排泄用品を使用している。便秘予防でヤクルト・ヨーグルト・牛乳等を飲んでいる方もいる。排泄支援時の声掛け等の基本的なことについても注意している。	
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	乳酸菌飲料、牛乳等ヤクルトさん訪問販売で購入したり、野菜ジュース、低脂肪乳等個別に買い物支援をしている。体操、散歩、階段昇降等職員と一緒にいき、腸内運動の支援を行っている。また、下剤の使用も主治医と相談しながら個々に応じて調整している。繊維の多い食事、酢の物も取り入れている。		
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、個々にそった支援をしている	午後に入浴を行っている。出来る限り、希望に沿うように努めている。その日の体調や、腹部不快で拒否される方は日を改めるか、時間をずらしている。重度の方は2人介助で安全に入浴できるようにしている。決められた日にこだわらず、本人さんの体調を見て中止することもある。	週5日間、入浴できるように準備し、1人あたり週2~3回入浴されている。個別の希望に応じて入浴剤を入れたり、歌の好きな方には、歌を歌いながら入浴を楽しんでいる。季節で菖蒲湯をしたこともある。利用者の希望で、個別のシャンプー・化粧水・乳液等を使っている方もいる。身体状態によっては2人対応している。	
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	寝具センターの枕が合わない方は、持参していただいている。季節に応じて、タオルケット、毛布を使用。敷き布団も高さや強度の調整をしている。冬季、空気の乾燥において加湿器の使用、湯たんぽを使用する方もいる。また、日中に各種手伝い、体操、散歩等活動をし、夜間ゆっくり休息できるよう支援している。		
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	調剤薬局と連携し、副作用、注意点等助言していただいている。日付、名前、食後か食前かの記載、処方内容により、別包みにも対応していただき、重複や服薬間違いの防止に努めている。内服変更の際は、バイタル測定を行い、主治医にも変更後の様子を報告している。		
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	個々の趣味や特技を把握し、能力に合わせて、縫い物、編み物、書道、花の活けなおし等の作品作りを提供し、施設内に飾ることもある。		
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。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	散歩や日用品、食品等馴染みの店へ出かけ在宅時の生活に近づけるよう努めている。店内の商品を見て季節の食材に触れる機会もある。また、面会の時間を制限せず、家族の協力が得られる方は、自宅への外出支援も行っている。	個別で日常的に近所の薬局やスーパーに出掛けて、食材や生活消耗品の買い物に出掛けている。事業所の菜園や近隣を自由に出入り出来るよう対応している。天候の良い日は利用者の希望に応じて市内の名所にドライブに出掛けたりしている。	

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
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	自己管理が出来る方は財布を持っていただき、手元にお金がある安心感を持って過ごしていただいている。紛失、金銭トラブル防止の為、出納帳の記入も行い、お金の管理をしている。家族にも面会時、了承のサインをいただいている。		
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	暑中見舞い、年賀状は毎年、家族、友人宛に手作りを出している。字の記入が困難な方は、他者に協力してもらったり、可能な限り記入したりしていただいている。県外に在住の家族には事務所より電話対応もしている。毎月ご家族にメッセージを記入した広報を送付、他に貼り絵、塗り絵、手作りレターの送付も行っている。		
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	共有スペースにTV、ソファを置き、自席から自由に過ごしていただいている。玄関やホール内は季節に適した飾りを入居者さんと作ることもある。中庭、玄関先には季節の野菜や花を植え、一緒に見に行ったり、収穫もしている。洗濯物もホールに干したり、たたんだり生活感をだし、過ごしていただいている。	玄関から事業所の周囲も含めて共有空間に清潔感が感じられる。季節の装飾や行事、観光名所等の飾りが準備されており目を休め、気持ちよく過ごせるような工夫がなされている。室内温度についても温度湿度計で確認しながら調整がされており利用者にとって適切な環境となっている。中庭や玄関先には季節に応じた野菜や花が植えられ収穫を楽しまれている。	
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	気の合う入居者さん同士、互いの居室に行くこともある。ホール内では新聞、雑誌を気軽に読めるようにしている。個人で新聞を希望される方は、個別で購読をいただいている。		
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	本人さんが使用していたタンス、机等持参していただいていたが、近年は減少傾向である。居室に合ったものを家族が用意している傾向である。衣類やアルバムは持参され、衣替えも家族さんが行ったり、困難な家族は職員が行っている。	利用者一人ひとりの状態に応じた生活動線を大切にベッドやタンス等を準備し配置している。家族協力のもと、テレビや机・椅子等については、使い慣れた物や好みの物が準備されている。家族写真や思い出のアルバム等があったり一人ひとり居心地良く、安心できる物が準備されている。	
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	入居者さんの動線を整理し、転倒等のリスクを減らすようにしている。トイレにおいて、居室より近い場所を促している。居室内は手摺がない為、タンスやベッド柵を手摺がわりに歩行される方もいる。		

2 目標達成計画

事業所名 ローカルセンター野村

作成日： 令和 元年 9月 5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	33	重度化対応・終末期のケアの指針について、入居時に利用者家族に説明をしているが、職員間での情報共有が不十分である。	全職員が、重度化対応・終末期ケアの指針について、理解し、利用者家族にも十分に説明、対応できるような体制を作っていく。	管理者が中心に、入居時、契約書等の説明をしてきたが、ミーティングや休憩時に時間を設け、利用者家族に契約書の内容や、重度化対応・ケアの指針について、書類の説明や、資料を用いての研修を行う。	12ヶ月
2	35	運営推進会議において、議事録の回覧は職員間で行われているものの、不参加の方や地域の方々に示されていない。	出席者だけでなく、欠席者及び、自治会を通じて、地域の皆さんに当施設の状況を知っていただく。また、納涼祭以外での交流機会を構築したい。	運営推進会議の結果や広報を回覧板を通じて、情報発信する（※自治会さんに許可を得れば）。また、自治会の会合の際、施設の近況報告や、避難訓練等の案内を行う。	12ヶ月
3					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、行を挿入してください。