

1 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	株式会社 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	平成29年5月22日	評価結果市町村受理日	平成29年9月6日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.nhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhou_detail_2016_022_kani=true&Jivovsvocd=1670201233-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	平成29年6月13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は、家族や友人、近隣の方々が気軽に集え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ながら、家庭的な生活空間の中で、食事の支度、掃除、洗濯などを職員と一緒にしています。施設の特徴としては、施設の玄関ドアは、開放しています。好きな時に玄関先や中庭で日光浴ができます。自宅ですいた畑の世話や生け花、散歩などを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ています。入居者さんが、持っている力を発揮して、自分らしく過ごしていただけるように努めています。

【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)】

3年前から取り入れた園芸療法では、講師を招いて指導してもらい、利用者が畑や野菜に触れる機会を設け、利用者の楽しみとなっている。日々の暮らしの中でも、利用者一人ひとりができることを役割をもって取り組めるよう支援し、利用者が少しでも生き生きと過ごせるよう支援している。家族をはじめボランティア等が多く来訪できる環境や雰囲気大切に、利用者が心地よく過ごせるように取り組んでいる。

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る (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 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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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、生き活きと働けている (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. ほとんどできていない
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		

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。理念にもとづいた自己評価を作成し、年2回実施している。理念に沿ったケアができているか、再認識する機会をつくっている。	理念は見やすい場所に掲示してある。毎年5月・11月に職員対象の自己評価を実施し、見直しの機会としている。結果は管理者が各々にフィードバックし、気づきを促している。	
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	自治会の納涼祭や住民運動会等に参加している。地域のボランティアの方が増えており、定期的に訪問にきていただいている。散歩時には、地域の方に気軽に声をかけて頂くことができおり交流が持たれている。	地域の住民運動会には職員2名が町内の選手として参加している。公民館祭りには利用者の作品を展示し、見学に出かけている。ボランティア(喫茶・ハーモニカ・大正琴・散歩)の来訪も多い。	
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	運営推進会議は、2つの自治会の方々に参加して頂いている。自治会班長、女性部、福祉活動員の方々に参加していただき、介護などの悩み相談も話合われている。適切なアドバイスが出来るように努めている。		
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、サービスの状況などを報告している。出席された皆さんからは、忌憚のないご意見を頂き、さらにサービスに反映できるように努めている。	運営推進会議は2カ月に1回開催している。地域包括支援センター、利用者、家族、地区班長、自治会長などの参加があり、毎回施設見学も行っている。会議では事業報告や意見交換を行っている。議事録は送付していない。	出席者や職員が議事録を閲覧できるようにし、欠席者には議事録を送付するなど、会議の内容をフィードバックされたい。民生委員の参加が得られるよう、積極的に働きかけていただきたい。
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	2か月に1回、介護相談員の受け入れを行っている。施設の現状を見て頂き、アドバイスを受けている。頂いたご意見を施設ケアに活かしている。	年1回の介護相談員交流会に出席し、市主管課から情報を収集してケアに生かしている。	
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	緊急性があり安全の為に拘束を行ったが、危険性がなくなったので現在はしていない。施錠はしないので、好きな時に中庭や駐車場を自由に外気浴や散歩をされている。徘徊のある方は見守りを行っており、行きたい時は一緒に出かけている。	昨年、転倒防止のため、家族同意のもとベットの柵をするなどを行ったが、現在は無い。面会者の方にいつでも来てもらえるようにと、玄関は夜8時まで施錠していない。	
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	職場内研修では、言葉や行動制限も虐待に繋がることを話し合っている。常に心身の状況、怪我やあざがないかも把握するように努めている。		

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	2階で2名成年後見制度を利用されている方の支援を行っている。支援者の少ない方の入所も受け入れできるようになっている。		
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	訪問看護の利用を行っており、看取りについての同意をいただいている。利用料等の変更は、説明を行い必ず家族に同意を得ている。		
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	運営推進会議では、ご家族が参加され意見を頂いている。施設独自のアンケートを年1回実施し、改善結果をご家族に送付している。ご家族の面会時には、近況報告を行い意見を頂いている。コミュニケーションが密にとれるように努めている。	家族の意向を把握するために、年1回独自のアンケートを実施している。返信用の封書を同封し記入してもらっている。意見はすべて書き出し、結果を書面にまとめ、家族に郵送している。	
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1回ミーティングを行い、職員の意見を聞く機会を設けている。また、結果記録を回覧する事で職員全員に伝わるように努めている。毎日の申し送り後に、ミニカンファレンスを適宜行い、ケアに活かしている。	月1回ミーティングを行っている。記録は職員が交代で行い、回覧することで全員で共有している。普段から話しやすい雰囲気づくりを心がけ、申し送りノートを活用し、職員からの意見を吸い上げるようにしている。	
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	運営者は、年2回 管理者からの個人評価を受け、勤務状況等の把握を行い昇給へ反映させている。処遇改善金の配分、用途などの話し合いを行った。		
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、職員に個人目標と到達結果を自己評価してもらい、コメントをつけ実力アップできるようにしている。運営者は、施設内外の研修参加費用を負担、研修日を勤務扱いとし、研修し易くしている。今年度は、介護福祉士の育成に努めている。		
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	系列の特養、身障者施設等と月に1度会議を開き、情報を共有している。職員は研修に積極的に参加し、他の施設との交流をしている。今年度は、系列の3施設で職員交換研修を行っている。		

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	できる限り入所前に施設見学を進めている。自宅や施設へ出向き、本人の生活状況を把握できるようにし、アセスメントを取るようにしている。また、他の入所前のサービス事業所からも情報を取るようにしている。		
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	家族が納得できるまで話を聞き、できる限り要望に沿えるようにしている。施設側でできること、ご家族でできることを話し合いながら連携でき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	初期のアセスメント時に、ご家族と一緒に暮らしていない場合が多くなっている為、ご家族の情報とご本人の状況と食い違うことがある。ケアする中から随時、追加でアセスメントを行い、本人に必要なケアに結び付けている。		
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	食事の下ごしらえや洗濯など家事全般を利用者さんに助けて頂いている。お互いに労いの言葉かけを行い関係作りをしている。字の得意な方には、職員に代わって家族さんへの宛名書きをして頂いている。		
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	家族とゆっくり過ごせるように年3回の家族会行事の際は、食事会をしている。毎月の広報で、担当職員が入居者さんの普段の様子を報告している。家族の希望がある方には、直接メールで状況報告をさせていただいている。		
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	近隣の方、親戚の方等と連絡を取り来所させて頂いたり、施設へ訪問して頂き交流を続けている。馴染みの方との交友関係を保つようになっている。面会時には、また来ていただける様にお声をかけさせて頂いている。	入所時に友人・親戚などの人間関係を把握し、訪問の声かけを家族にお願いしている。近所の洋品店に出かけたり、年賀状や暑中見舞いの作成を一緒に行い、つながりを継続できるよう支援している。	
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	同じ階の方との交流だけでなく1、2階互いに交流できるようにドアは開放し、好きな時に行くことができる。相性の良い方と交流できるように、席替えを行ったり、ソファを活用し交流が図れるようにしている。		

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	入院された場合は、職員だけでなく利用者さんと一緒にお見舞いに行き、馴染みの顔を見ることで安心してもらえるようにしている。他施設へ入所された方へは、経過をうかがったり、相談に努めている。		
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	一人ひとりの思いを聞き、自宅での習慣や得意分野を生かした役割を取り入れるようにしている。散歩希望のある方には、出来るだけ一緒に周辺をまわる機会を作っている。自由に外へ出て散歩を楽しめるようにしている。	馴れ合いにならないように心掛け、声がけのトーンも柔らかく明るい。職員と利用者が1対1で話せるスペースがあり、利用者の話にゆっくり耳を傾けている。	
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	ご家族や事業所から、生活歴や馴染みの物などの情報を細かく頂いている。日々の会話の中からも引き出せるように努めている。昔から家族写真を撮っておられた方には、ご主人との面会時に写真を撮り居室に飾っている。少しでも自宅での生活に近づけるように努めている。		
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	一人一人の心身状態やADLを把握し、利用者の思いに合わせたアクティビティに力を入れ実践している。ADLの低下、転倒などで歩行が悪化された方は、本人の思いを確認しながら、徐々に元の生活に戻せるように努力をしている。		
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	支援経過から入居者の生活の変化や課題をモニタリングして、結果を職員全員に回覧している。家族にも生活状況が把握できるように、担当者会議やモニタリングの結果を送付し、家族との情報の共有を図っている。	職員1人に対し1~2名の利用者を担当している。日々の生活では、リーダーを中心にケアにあたり、職員全員で気づいたことを記録し、全職員が把握している。介護計画は家族からの要望等を取り入れ、職員全員の意見を反映しながら作成している。	
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	日々の記録を要約した支援経過を使い、気づきやケアの工夫の記入に留意し、再アセスメントに繋げている。見やすい記録にすることでケアの統一や介護計画の見直しに役立てている。		
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	ご家族が他の施設へ入所されている方は、同行し面会の機会を設け、本人の会いたい思いに寄り添っている。ご家族の都合がつかない場合には、受診や入退院時の必要物品の用意、送迎を行い負担の軽減に努めている。		

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	隣の自治会の喫茶ボランティアさん、個人ボランティアさん、専門学生ボランティアさん等、地域の方が多数来て下さるようになっており、楽しい時間を過ごしている。近所を散歩中にお花や野菜を頂くこともある。		
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	協力医は、2週間に1度定期的な往診や受診があり、体調の変化時にも相談や対応ができています。かかりつけ医がある方は、家族に心身の状況を伝え、体調管理の連携が取れるようにしています。	月2回連携医療機関からの訪問診療を実施している。かかりつけ医の受診の折には日常の心身の状況を家族に伝えている。付き添いは原則家族であるが、やむを得ない場合は職員が付き添い、結果を家族に伝えている。	
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	訪問看護の利用により、24時間連絡体制が取れるようになり、相談しやすい環境が整っている。週1回の訪問以外にも、利用者の急変時にはかけつけて下さっており、主治医との連携もとれている。		
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。	入院の際には、面会に行き顔なじみのスタッフとの認識を繋いでいる。地域連携室とも情報交換を行っている。入院が長引き、施設での生活ができなくなった方もおられ、情報の共有は必要である。		
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	訪問看護が開始となり、家族には看取りの指針を説明させて頂いた。施設の状態によっては、ADLが低下し、施設生活を継続することができないこともある。家族と主治医と訪問看護との連携を取り、状況に応じての判断をしている。	入居説明で看取りを希望する利用者の受け入れを表明している。終末期における協力医療機関及び訪問看護の連携が確立している。重度化した利用者は入院対応しているので実例はない。	重度化や終末期に向け、連携医療機関や訪問看護との情報共有や職員の研修の機会を充実させ、継続して取り組まれるよう期待したい。
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	ヒヤリハットを記入し、再検討を行い事故に繋がらないように努めている。同じような事例もあるので急変時の応急手当や初期対応は、マニュアルを通し再確認している。		
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	避難訓練を実施、定期的に避難経路を確認している。訓練の際は、地域の方に参加して頂けるように依頼している。地域との連携を少しずつ進めている。28年度は、災害時の訓練も行った。	避難訓練時の避難場所は施設前の駐車場である。現在のところ近隣の住民の参加はない。介護度の低い利用者が多いが、今後を見据えて、近隣の会社や町内会を巻き込むように働きかけたいと考えている。主食等の備蓄は少ない。	近年の災害の多様化もあり、近くの川の氾濫等も想定した避難計画を作成されたい。避難場所がやや離れた小学校であり、利用者の避難誘導を想定し、地域の協力体制の構築を取り入れた計画の策定を期待したい。

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
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、各自に役割をもって過ごして頂いている。得意とされることをお願いしているが、依頼時には、命令口調にならないよう注意を払い、柔らかい口調で声かけをしている。	入居生活が長期間の利用者が多く、職員の異動も少ないことから利用者や家族との信頼関係が築かれているが、職員相互で慣れからくる対応に注意をしている。	
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	家事作業やアクティビティの縫い物、編み物などを提供する際は、体調や気分に応じて、意思表示がしやすいように雰囲気作りに努めている。また、自発的にしたいことを選べるように、テーブルの上にセットしている。		
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	洗濯物や縫い物を準備しておく、得意な方が、いつのまにかして下さっている。一人一人の能力を把握して、自発的にできることを無理なく提供できるようにしている。		
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	美容院や床屋への支援をしている。希望にそって行きたい美容院や床屋を決めている。毛染め希望の方も、その都度対応している。毎日、化粧水を使用される方や外出時には、自分で口紅をつける方もいる。		
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	その日の献立をメニューボードに記入して頂き、楽しみが持てるように支援をしている。献立を見ながら、野菜の皮むき等、調理のお手伝いをして頂いている。味付けのアドバイスや味見等で関心が持てるようにしている。	利用者は男女問わず、調理や配膳を手伝っている。明るい雰囲気の中、職員全員が加わり、さりげないサポートを心がけ談笑しながら食卓を囲んでいる。食後、できる人は食器を自ら調理場へ運んでいる。	
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	ティタイム以外にも、外気浴後、散歩後、入浴後等、水分補給を行っている。食欲がない方は、摂取量を把握し記録している。栄養補助食品や好きなものを購入し、栄養バランスが取れる様にしている。		
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	毎食後に口腔ケアをして頂いている。負担なく口腔ケアができるように一人一人の能力を把握し、できないところを介助している。		

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	骨折後、立位可能で尿意がある方は、出来るだけトイレを利用して頂いている。ADLの状態に応じてポータブルを使用し負担を減らしている。夜間紙パンツの方でも、出来る限り日中は布パンツの使用を促している。	布パンツ使用を積極的に取り組んだ結果、日中7割近くが布パンツで対応できている。利用者の清潔感を大切に、家族の負担軽減にも寄与している。夜間は紙パット利用もある。洗濯等職員の負担は軽くないが一丸となって取り組んでいる。	
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	週1回ヤクルト販売がある。便秘の方には、腸の働きを整える為に、乳酸菌飲料を定期飲用していただいている。普段から体操や散歩など行い排便を促すようにしている。下剤の調整も行っている。		
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、個々にそった支援をしている	事前に希望時間を伺い、出来る限りご希望に沿うように努めている。拒否の強い方は、原因を探り快適に入浴できる工夫をしている。曜日を決めずに毎日声をかける。寒がりの方には、洗髪中にも足浴を行う等。	週5日入浴可能日としている。浴室は明るく広々としており、浴槽は家族風呂で中央に設置され、左右どちらからでも介助できるように考慮され、職員の負担軽減にもなっている。	
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	心身や身体の状態を見ながら休息の声をかけている。ずっと自席で端坐で過ごすことが無いように適時に休息を促している。冬場は、暖かく布団に入れるように、足先の冷たい方は湯たんぽを使用している。		
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、内服変更時には副作用、注意点などのアドバイスももらっている。内服変更時はバイタルチェックを行い、身体の変化に早期に対応できるように状態を観察し記録している。		
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	個々の方に合わせて、縫い物や編み物の作品作りを提供し、完成する喜びを味わっていただいている。自宅でしていた畑の世話や生け花を施設でも楽しめるように、季節の野菜や花を植えている。体調や能力に合わせて家事の参加を促している。		
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。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	散歩や日用品の買い物など、馴染みのスーパーへ出かけ、自宅での生活に近づけるように努めている。面会の時間を制限せずに、家族の協力を得ている。自宅への支援や外出の支援も行っている。地域のボランティアさん宅へ訪問し、交流の機会を設けることができた。	1日何度も外出希望される利用者の意向に沿うよう支援したり、馴染みのスーパーへ出かけ、顔見知りの方と出会えるような工夫を家族の方と話し合いながら取り組んでいる。できる限り入居前の自宅での生活に沿うよう努めている。	

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
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	自己管理ができる方は、自分で財布をもっており、職員と一緒に買い物に出かけたり、訪問パン販売で好きなパンを購入している。出納帳に記入して頂き、お金の管理ができるようにしている。		
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	暑中見舞い、年賀はがきは毎年、ご家族、友人に手作りを出している。ご家族に、手作りレター(貼り絵)を作る支援を行った。毎月ご主人に、自分の載った広報にメッセージを記入しプレゼントしている。		
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	ホールの共有スペースは、ソファを置き、自席以外でもくつろげるようにしている。ホールや玄関には、毎月入居者さんと一緒に季節に合った飾りつけを作り展示している。また、花を飾り四季を感じて頂けるようにしている。	共有空間は1日の大半を過ごす利用者も多く、職員の明るい声や利用者の笑い声も聞かれ、和やかにくつろげる場となっている。職員と利用者が1対1で会話ができる場の提供もされている。	
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	気の合う利用者さん同士が、お互いの居室でティータイムできるように工夫している。共有空間でも、好きなように新聞を読めるように、個人で新聞を購入している入居者さんもおられる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使用していたダンスや机等を持参されており、混乱なく居心地よく過ごされている。以前よりは、新しいものを揃えることが多くなっているが、入居者さんも理解し馴染んでおられるので、状況によっては、家族の意向を尊重し対応している。	各居室は明るく広々として清潔であり、持ち込み品や調度類も多く家庭の温かさを感じる。洗面台は車いす対応可能で使い勝手の良い大きさである。ベランダには野菜づくりが趣味の利用者が毎日水やりが出来るように配慮されている。	
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。トイレの場所が分かりやすいように案内してある。入居者さんが自力で尿パットの交換ができるように、トイレ内にBOXを作り、分かりやすいように設置している。		

目標達成計画

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	入院後、重度化するケースもみられる。今後に向けて看取りに対しての知識が求められる	介護経験の浅い職員もいる為、医療面の経験を積めるようにスキルアップを行い、看取りに対しての知識を深める	職員は、看取りなどの外部研修に積極的に参加する 設内でも看取りに対しての勉強会を開催する	12ヶ月
2	35	近年、集中豪雨が頻繁に発生しており、非常災害時の取り組みについて職員の意識統一を図らなければならない	全職員が防風災害時に備え、安全にスムーズに対応できる体制を整える	近くの川の氾濫を想定した避難計画書の策定を行い職員に周知する	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。