

令和 7 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	2025年 4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丁目1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	令和7年5月22日	評価結果市町村受理日	令和7年7月10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の特徴としては、天気のいい日は駐車場で日光浴や花摘み草むしり、畑やプランターの作物の収穫、自治会との合同納涼祭や花火大会、獅子舞等の社会資源を活用しながら開放的な雰囲気の中で活動をしています。また、食事作りや食器洗い片付け、掃除洗濯など家庭で出来ていたことを職員や他入居者といっしょにすることで、認知症の進行の緩和と生きがいを持って毎日元気に過ごせるように支援しています。コロナ禍前には及びませんが、家族様のご理解を得ながら感染症に十分配慮し、面会や外出も始めています。今後も、入居者様が笑顔で過ごせるように職員間や家族様との話し合いを続けながら取り組んでいきたいと思っています。

【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）】

利用者の食べる楽しみを大切にしており、希望を取り入れた手作りの食事や外食、おやつや野菜作り、家族との会食といった機会を多くつくっている。また、事業所の駐車場で自治会の納涼祭を開催する等、地域行事に参加する機会も積極的に設けている。
管理者は年2回の個別面談に加え、日常的に職員一人ひとりの意見を確認しており、働きやすい職場づくりに向けて、外部研修への派遣や、ICT機器の導入、外国人材の採用等の整備を行っている。また、利用者や家族の看取りのニーズに応じていくための整備を進めることを検討している。

Ⅴ. サービスの成果に関する項目（アウトカム項目） ※項目№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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと			
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと			
			4. ほとんど掴んでいない				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	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				2. 数日に1回程度ある			
			3. たまにある				3. たまに			
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている			
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない			
			4. ほとんどいない				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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが			
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが			
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが			
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが			
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが			
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが			
			4. ほとんどいない				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	毎月管理者・フロアーリーダー・ケアマネージャーとミーティングをし、問題点や今後の方針について協議を行っている。約4か月に一度管理者と職員、法人を交え個人面談を行っている。	理念は、玄関、事務所に掲示し入職時に伝えている。毎月、管理者、フロアーリーダー、計画作成担当者が事業所の接遇状況や事故状況等を確認しており、今後の方針や注意事項等を周知している。	理念が実践に繋がっていることの確認や振り返りを定期的に行い、職員間で共有するための取り組みを検討することに期待したい。
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	自治会に参加し定期総会・春季大祭・納涼祭・地域の保育園の慰問などに積極的に参加している。R6年度は自施設がコロナウイルスがクラスターになり参加は見送られたが自治体は自施設の駐車場を使用し納涼祭を開催した。	自治会に加入し、毎年定期総会に参加している。事業所の駐車場で地域の納涼祭が開催されており、その他にも獅子舞や花火大会、富山マラソン等の行事に参加している。年1回、野村保育園の園児と交流する機会もある。また、週1回程度、ボランティアの方に事業所で絵手紙教室を行ってもらっている。	
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	2か月に一度の運営推進会議に地域の方を招待し、自施設の見学や認知症に対する理解を深めている。 また、地域の参加者から高齢者に対する質問を求められた際には的確なアドバイスが行っている。		
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	2か月に一度のペースで開催され、行事報告・自施設の修繕・導入機器・見学・質疑応答などで構成されている。参加者は地域包括・ご家族・自治会から各2名である。自施設からは管理者・ケアマネージャーなどが中心となり参加し、報告や改善点・今後の方針などについて話し合いが行っている。	運営推進会議を2か月に1回開催し、家族、自治会、地域包括支援センター職員が参加している。年度初めには全家族が、2回目以降は順番に交代で参加し、自治会からは班長、PTA役員、婦人会等、様々な立場の方が参加している。会議では重度化した場合や災害の対応などが話し合われている。	
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に取り組んでいる	保険者とは主にメールや電話で連絡を取っている。 介護保険について疑問や相談がある際には相談できる体制が整っている。地域包括センターには他職種の相談やアドバイスを頂いてる。運営推進会議にも参加して下さる事から関係構築が出来ている。	運営推進会議での連携の他にも、かかりつけ医を持たない方や、重度化や看取りの対応を行うことができる医師の相談を、市や地域包括支援センターに行っている。また、介護保険制度に関する確認や相談を行うこともある。	
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	身体拘束委員会や管理者・ケアマネージャーで判断し、センサー機器や4点柵の使用を検討している。代替え策の無いご家族には説明し同意を頂いている。 また、ミーティング時に3か月に1度のペースで拘束委員会が主体となり研修会を行っている。研修会では拘束の開始や終了の報告。現在の使用状況説明を行い、廃止に向けた取り組みも行っている。	3か月に1回委員会を開催し、人感センサーの使用や内服薬についての状況等の検討を行っている。現在、家族の意向や同意を踏まえて、止むを得ず臥床時には4点柵で対応している事例があるが、定期的に経過を確認し対応の継続性について検討している。研修を年4回開催し、職員のストレスマネジメント等の知識向上に取り組んでいる。	

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
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	ミーティング時に高齢者虐待委員会が主体となり研修を行っている。 日常の業務内で職員が意図せず暴言や虐待になり得る行為が発見された時には管理者に報告し、改善されるように指導が行われている。		
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	自施設でも成年後見制度を活用しており、担当事業所と必要時には相談を行っている。 管理者は研修会などに参加している。		
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	入居申し込み時や契約時には管理者とケアマネージャーが対応し、契約内容や重要事項説明など行い、納得いかれた際には契約書にサインを頂いている。 また、改定など変更が生じた際には都度文章で説明し、同意を頂いている。		
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	毎月の請求時に広報新聞のむら便りを発行し、利用者の情報や担当職員からのお知らせを届けている。また、利用者の意見を取り入れメニュー表づくりにも反映させている。イベントでは利用者や家族からの要望に応え外食ツアーを開催するなどの配慮をしている。家族との連絡方法にはメッセージアプリを活用している。	家族からは面会時や連絡を取り合う際に要望を確認している。運営面よりも利用者の支援に関する要望が多く、面会や外食、帰宅などの要望に応じている。また、家族会がつくられており、年3回の会食行事の開催や、事業所行事の開催の補助を行ってもらっている。	
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	毎月のミーティングには管理者・法人・統括マネージャーなどが参加し、職員との意見交換を行っている。 ミーティングでは職員一人ひとりが意見が言える体制がとられ要望や改善など出し合っている。管理者からは運営方法や変更点の説明が行われる。	管理者は年2回の個別面談に加え、日常的に職員一人ひとりの意見を確認している。また、毎月のミーティングには法人代表、統括マネージャーも参加し、意見を汲み取っている。トイレトペーパーや洗剤などの消耗品を良い品質の物に取り換えるなど、職員の意見を運営に反映させている。	
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	管理者は年2回、個人評価を代表者に提出することにより職員の意欲や実績を評価している。管理者と代表者は常に連絡を取り合い職員が安心して勤務できるように環境整備を行っている。		
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	管理者は職員との面談時に職員を評価し、意向を聞き目標に向けた研修などに参加させている。計画として自施設から1年に一人以上の実践者研修・実践リーダー研修に参加する予算を確保している。		

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
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	法人内にはグループホーム2施設と小規模多機能が1施設ある。各施設長は毎月の管理者会議に出席し、事業報告を行い勉強会を開催している。各施設より職員同士の交換研修を行って質の向上に反映させている。管理者やケアマネジャーは利用者情報共有のため他職種との交流を深めている。		
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	ケアマネジャーは入居される前から利用者や家族の意向を調査し、安心して入居出来るようにプランを作成している。入居初期段階では特に環境の変化から不安や体調の変化がみられるので家族の協力を仰ぎ対応している。ケアマネジャーは常に利用者から意見を聞きサービスに反映している。		
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	入居申し込み時に申込者の介護について困りごとや相談を聞き寄り添ったサービスが提供できるように取り組んでいる。面会時では施設での状況説明や要望を伺うように対応している。		
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	入居申し込み時に申込者の介護について困りごとや相談を聞き寄り添ったサービスが提供できるように取り組んでいる。その上で主治医や歯科衛生士・訪問看護が利用できるように手配している。		
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	利用者には、調理・食洗・掃除など出来る事の役割による参加を促している。		
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	家族にも利用者の支援を要請し、常に自施設と連携を密にしている。また家族総会や納涼祭・クリスマス会などでは一緒に会食の機会を設け参加していただいている。		
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	家族や知人との面会時間に制限があるが配慮をしている。外食(昼)も可能。家族や親戚・友達などに暑中見舞いや年賀状の挨拶を行っている。	事業所での利用者の様子や活動は、毎月広報誌「のむらだより」に掲載し、家族に知らせている。また、家族に年賀状や絵手紙の送付、電話の取次ぎ等の支援も行い、関係が途切れない支援に努めている。利用者や家族の希望があれば、外食や外出できるようにしており、自宅や馴染みの美容院に出かける機会をつくっている。	

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
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	利用者同士が助け合える環境づくりを行っております。定期的にテーブルの席替えなどを行い、全ての利用者が関わられるようにしています。レクリエーションでは利用者の共同作業で貼り絵などの作品作りを行っています。		
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	契約が終了していても相談や支援に協力している。契約が終了した家族から紹介を受けるケースもある。		
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	担当職員・ケアマネージャーが中心となり、利用者の意向をくみ上げている。カンファレンスでは利用者の意向を考慮しながら情報共有を行っている。	利用者のしたいことや欲しいもの等の要望は、アセスメントシートに記載している。毎月のミーティングや担当者会議で、利用者の能力を活かした活動ができるよう検討している。食べたいものの希望には、献立への反映や、外食の機会を作る等で対応している。	
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	入所時家族から生活歴・暮らし方など調査し、フェイスシートを作成し情報共有に努めている。		
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	一人ひとりにあったサービスが行えるように利用者の現状把握に努め、申し送りなどで情報共有している。		
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	ケアマネージャーが家族の思いを聞き取り、担当職員がモニタリングを行いカンファレンスを開催し、管理者・ケアマネージャー・職員が参加しケアプランの作成を行っている。	毎月のミーティングや6か月毎のモニタリングで、利用者の状態等が変化していないか確認し共有している。介護計画の更新前には家族にも要望を確認し、基本的には1年に1回、介護計画を更新している。介護計画には、家事動作や趣味活動の実践が組み込まれている。	
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	日々の様子を記録ソフトに入力し、職員間での情報共有ができています。また、記録を活用することでカンファレンスに情報提供し介護プランに反映している。		

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
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	利用者や家族の意見を日々の会話から集約し、適宜にサービスに結び付けれるように取り組んでいる。 利用者より外出に出かけたいとの要望からイオンに外食ツアーを計画した。		
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	散歩時など近隣の住民との挨拶をはじめ、地域の一員となれるように奉仕活動などにも参加している。 地域からはボランティアで絵手紙を教えに来てくださっている。		
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	各階月一回の往診を協力医(齊藤クリニック)と連携を取りながら行っている。往診前に入居者様の詳細な症状を先に伝え、適宜処方相談も行い、受診支援を行っている。他医療機関を受診されている方はご家族の協力のもと受診して頂き、ご家族対応が難しい入居者様はご家族同意のもと介護タクシーと外部スタッフで対応している。他医療受診の場合は日々の状態をまとめたものをお渡ししている。	入居時にこれまでのかかりつけ医を継続するか、事業所の協力医に変更するか確認している。協力医は月1回の往診があり、随時相談ができる体制となっている。医療機関とは電話やFAXで、利用者の体調等を伝えている。協力医以外の受診に関しては、家族に付き添いをお願いしており、難しい場合には事業所が付き添いを行っている。	
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	高岡ふしき病院の訪問看護ステーションと連携し週一回の訪問を依頼している。直前一週間の入居者様の状態を用紙にまとめて伝え、ご本人の体調確認や相談も受けて頂きながら、適宜指示を受けている。施設では難しい足の爪切りも必要な方は処置をお願いしている。		
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。	既往歴など必要な情報を常に更新し、緊急時にもすぐに対応出来るように書面にまとめて提供している。入院中は病棟及び地域医療連携室とも連絡を取りながら状況確認をしている。退院時には必要に応じ退院カンファレンスに参加し、退院後の支援について相談と検討を行っている。		
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	入所時に「終末期ケア対応指針」の説明をし同意を得ている。重度化した場合はご家族や医師や訪問等と連携を取り相談しつつ、ご家族様との話し合いも重ね、最適な支援に繋がるように対応している。介護度が高くなられた方はご家族様の意向もあり特別養護老人ホームへの入所を希望され転所される方もいる。	基本的に看取りは行わない方針であることを利用契約時に指針を示して説明し、同意を得ている。医療行為が必要にならない限りは、状況の変化に合わせ、家族と相談し事業所で長く生活ができるよう検討している。保険者にも相談し、今後は看取り対応ができるよう検討を進める予定としている。	
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	体調の急変や事故発生時は、職員間で状況を共有しながら最適な支援を行えるよう協力し対応を行っている。緊急時は施設長に直ぐに連絡を取り指示を受けながら、対応を行う事もある。ヒヤリハットや事故報告書もすぐに作成し職員間に情報共有している。		

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
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	定期の年2回の日勤帯・夜間帯の消防訓練も含め、年1回は水害訓練の垂直避難を行っている。奥能登地震以降は災害マニュアルの見直しと備蓄品の確認と補充を行った。停電を想定して入居者様と共に外での炊き出し訓練も行った。	火災避難訓練を年2回、水害避難訓練を年1回行っている。水害避難訓練では2階への垂直避難や避難場所への移動などを行っている。また、停電を想定し、外での炊き出し訓練も実施している。	訓練に地域住民の参加を依頼するなど、地域との協力体制の構築に期待したい。
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	虐待委員会が中心となりスピーチロックなどの研修を行っている。職員の声掛けについては職員同士で指摘しあえる関係性が出来ている。改善されないときは管理者との面談などで注意している。	利用者のプライバシー等に配慮し、利用者の居室の扉は閉めるよう留意している。入浴やトイレに関わる際は極力、同性にする配慮を行っている。また、衣類やレクリエーション活動の選択は利用者の意思を尊重している。年4回、尊厳保持、権利擁護、虐待防止等の研修を行っている。	
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	レクリエーション活動ではご気分にあわせたレクリエーション(ぬり絵・刺し子・コラム写しなど)自ら選択し行えるように何時でも手の届くように工夫している。ティータイムなどでは職員も一緒に参加し、少しでも利用者の希望を聞き出せる様にしている。特に食事メニューに関しリクエストが多い。		
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	利用者の体調に考慮しながら休息やテレビ鑑賞などご自分のペースに合わせ活動していただいている。		
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	衣類は家族様に依頼し、衣替えを行っている。利用者の昔から大事にされている洋服を提供し、衣服の選択では職員と話し合い希望、選択できるように配慮している。 理容では約2か月に1度の割合で訪問理容を依頼しておりご自身で好みのリクエストを選択されている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者参加で野菜の下準備(皮むき・もやしのヒゲ取り)をしている。また、役割の一環として盛り付けや食洗も依頼している。	食事は毎食手作りで、利用者の希望も反映させた献立としている。できる利用者には、野菜の皮むき等の下準備や食器拭きなどの片付けを行ってもらっている。おはぎやタコ焼きなどのおやつ作りや、寿司等の外食、誕生会の他、年3回家族会との行事会食の機会もつくっている。	
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	体調や義歯の有無で主食・副菜の形態に配慮し、キザミ食や軟飯対応している。一日の食事量が分かる様に記録にしている。日中、夜間とも居室にストローコップ茶を常備して何時でも水分補給が行えるように対策をしている。		

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
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、各居室洗面台で口腔ケアを促し、見守り一部介助を行い清潔を維持している。週に2回の割合で義歯洗浄剤を使った義歯消毒をしている。口腔ケアグッズは週に1度の割合で消毒し管理している。訪問歯科診療ではDrの往診、治療。衛生士の口腔ケア指導を受けている。		
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むけた支援を行っている	身体確認表で排便の状態を確認し下剤コントロールしている。可能な方にはご自分でパッド交換が出来るようにトイレ内に設置し何時でも交換可能な環境である。カンファレンスで利用者の状態を確認し、都度適した大きさのパッドを提供している。夜間帯にはポータブルトイレを使用し自ら排便が出来るように対策をしている。	支援が必要な方には、身体確認表に排泄間隔を記録し、使用しているパッド等の見直しを定期的に行っている。自立支援を促すため、トイレ内にパッド置き場の設置や、利用者自身に排泄回数を記録してもらう等の環境整備を行っている。ベッドサイドにポータブルトイレを設置していた方が、下肢筋力の向上により、トイレで排泄できるようになった事例もある。	
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	全利用者には毎日牛乳を食事時に提供している。メニューにはヨーグルトやバナナ・ごぼうなど積極的に繊維質の食材を提供している。		
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	週に2～3回の予定で入浴できる日を設けている。(曜日の設定はない)シャンプーやソープは施設の備え付けの物があるが本人が使い慣れたシャンプーを持ち込んで居ることもある。また皮膚に合わせ薬用シャンプーの使用も支援している。	水曜日以外、週2回午前中に入浴している。シャンプーやソープは利用者のこだわりや皮膚状態に応じて個別のものを使用している例がある。浴室は、利用者の身体機能によって入浴できるようにリフト付き浴室と一般的な浴室が設備されている。音楽を流したり、入浴剤を使用したりと楽しい時間にな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	夜間の見守りシステムを導入し、ラウンドの回数を減らすことで居室の扉の開閉音で利用者の安眠を妨げることなく休んで頂いている。今までの生活習慣でテレビやラジオを就寝まで視聴されている方もご自分のリズムで就寝出来るように支援している。		
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	主治医や薬剤師に連絡し、利用者の状態に変化があればや情報を共有している。月1回の往診前には担当者が利用者の状態を確認し、各ユニットリーダーに報告している。ユニットリーダーは情報を整理し主治医に上申している。		
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	一人ひとりに適した日常の役割を見つけ、実践することにより生活のリズムが生まれるように支援している。気候の良い日などでは散歩や日向ぼっこを通し歩行訓練と合わせ気分転換が行えるように支援している。アクティビティなどに利用者の行きたいところや食べたい食事などを調査し、取り入れている。		

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
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	気候の良い日には利用者と話し合い駐車場までか近所のお地藏さんなど選んで外出できるように取り入れている。アクティビティなどに利用者の行きたいところや食べたい食事などを調査し、取り入れている。先月はイオンまで出かけメニューを見ながら選択し食事に出かけている。	近隣の散歩や庭の畑など、日常的に外に出る機会をつくっている。また、イベントとして駐車場で花火、バラ見学、お寺、道の駅、海岸、高岡御車山祭り、新湊の獅子舞など、多くの場所に出掛け、外出を楽しんでいる。	
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	皆でイオンにでかけ一人ひとりに財布をあずけ、好きなものや食べたいものの購入していただいた。みんな残金を気にしながらおやつを購入していた。		
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	家族や友達に手紙やハガキで連絡が取りあえる様に環境整備をしている。暑中見舞いや年賀状は全利用者が2～3枚程度書いていただき投函し、返信があれば喜んでいる。		
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	玄関前の花壇には花々が植えられ季節が感じられるようになっている。廊下は広く作られ両サイドには手すりが設けられている。台所ではシンクが2つあり、利用者が食洗や野菜の洗いが出来るように設計されている。 トイレは広く車いすや歩行器が回転できるスペースとなっている。	3居室に対し1つの共用トイレが隣接している設えとなっている。玄関、廊下、リビングなどに季節感のある飾り付けがされている。また、花壇や庭の畑からも季節を感じることができる。畳の小上がりやソファなどが設置され、利用者が落ち着いて過ごせる空間になっている。	
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	ホールでは自席が決まっているがレクなどでは気の合うテーブルに移動し、行っている。貼り絵などの作業をする際には仲間同士が一緒に協力できるように席を移動している。小上がりに腰掛け、友達同士が会話できる空間も整備されている。		
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	居室には家族に依頼し、本人の馴染みのあるもの、椅子や家具、写真や雑誌などの配置していただいている。居室のパターンも2種類あり畳の居室とフローリング調の居室があり入居時に選べる様になっている。	居室はフローリング、畳の間の2種類の設えがある。馴染みのものや、使い慣れた家具を持ち込み、家族、本人の希望に合わせて居心地の良い空間になるようコーディネートしている。	
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	各居室からホールまでの導線には手すりが設けられている。利用者が独歩で安全に移動できるように整備されている。各居室の入り口には利用者の表札があり、迷わない様に工夫されている。		

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 7 年 6 月 10 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	1	理念の書き換えが出来ていなく、作成してから時間がたっている。 全職員が理念を理解していない。	新たな理念の作成し、全職員に浸透できるように取り組んでいく。	みんなで理念について話し合い、自分たちの施設にあった理念をかける。 月に1回のミーティング時に唱和する。	3ヶ月
2	2	施設と地域がバラバラで強力体制ができていない。	自施設の防災委員会に地域から参加してもらう。 または地域防災組織に職員が参加し協力体制を作る。	地域に対し防災時にどんな協力出来るか施設で話し合い、地域の役員会に参加し、相談・協力を仰ぐ	8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。

3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】		
実施段階		取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1	サービス評価の事前準備	☐ ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話合った
		☐ ②利用者へサービス評価について説明した
		☐ ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
		☐ ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
		☐ ⑤その他()
2	自己評価の実施	☐ ①自己評価を職員全員が実施した
		☐ ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話合った
		☐ ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話合った
		☐ ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
		☐ ⑤その他()
3	外部評価(訪問調査当日)	☐ ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
		☐ ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
		☐ ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
		☐ ④その他()
4	評価結果(自己評価、外部評価)の公開	☐ ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話合った
		☐ ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話合った
		☐ ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話合った
		☐ ⑤その他()
5	サービス評価の活用	☐ ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
		☐ ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
		☐ ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
		☐ ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
		☐ ⑤その他()