

### 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	0891500084		
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磯原 1		
所在地	〒319-1553 茨城県北茨城市磯原町豊田1丁目22番		
自己評価作成日	平成29年5月1日	評価結果市町村受理日	平成29年9月8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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou\\_detail\\_2016\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=0891500084-00&PrefCd=08&VersionCd=022](http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=0891500084-00&PrefCd=08&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 茨城県社会福祉協議会		
所在地	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29年6月28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)】**

残存機能を活かし、一人一人役割を持つ事で生活に張りが出るように支援させていただいています。

**【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)】**

事業所の職員は、利用者及び家族等のことを「お客様」と呼んで、サービスを提供する事業者としての自覚を高めながら、利用者及び家族等と向き合っている。  
 当事業所を管轄する本部が水戸市にあり、何か相談がある場合は、本部の課長が訪問し対応しているため、職員は安心して業務にあたる事ができている。  
 職員間のコミュニケーションが円滑に図られているため、姉妹で勤務する職員がいるほか、勤続年数の長い職員も多く、利用者にとって安心して暮らすことができる環境となっている。

**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 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 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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	毎朝、朝礼時に事務所に掲げた理念を全員で唱和して、実践している。	「散歩の援助を行い、地域との交流を深める」という事業所独自の理念を、職員が話し合いながら作成し、地域に開かれた施設運営を意識し、利用者と散歩をしながら地域にアピールしている。	
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	常会に入り、地元の方々と話せる機会を作っている。ダンスサークルや音楽サークル、高校生達のボランティアを受け入れ、交流を図っている。	子ども会の鳥追い祭りなどの地域行事や事業所主催の納涼祭に招待するなどして交流をしている。ヤクルトレディの訪問を受け入れ、利用者が好きなものを選んで購入するほか、食材を地域の商店から購入するようになり、交流が増えている。	
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	運営推進会議にて、行政の方や民生委員を通じ、認知症の方への理解を伝え情報や御意見を頂き、地域に参加出来るよう提案している。		
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ヶ月に1度、運営推進会議を開催して、出された意見をサービスの向上に活かせるようにしている。	家族等の代表や市職員、民生委員、ニチイ水戸支社課長等が参加し、事業所からの報告等を聞いている。会議後は、利用者家族の交流会を行い、介護相談の場となっている。重度化した時の事業所での対応についての問い合わせに対し回答している。	
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	管理者が直接出向いて、市の担当者と相談や意見を伺っている。	市直営の地域包括支援センターが運営する「元気ステーション」が、地域住民やサービス事業者の相談窓口となっており、利用者の紹介や防災訓練のアドバイス等を受けている。包括開催の研修会に参加しながら、情報交換を含め、利用者のより良いケアの実践に反映させている。	
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	ホーム内の研修にて、身体拘束はしないという姿勢でケアを行っている。やむを得ないという時は、医師に相談しお客様やご家族に説明をし、同意をいただいている。	やむを得ず身体拘束を行うにあたって、身体拘束廃止委員会を設け、経過を観察しながら廃止に向けて取り組んでいる。研修会を定期的に行い、当日参加できなかった職員へも周知し、漏れなく情報を共有させている。	
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	虐待防止マニュアルを作成、ホーム内研修にて全職員が把握している。支援方法について、常に意見交換をし最善の方法を見出す努力をしている。		

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
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	管理者は研修会に参加し、権利擁護に対する理解を深め全職員に周知している。		
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	契約締結時には、サービスの内容、利用料金解約方法についての説明を充分に行い、署名捺印をいただいている。解約や改定があった場合も同様に行っている。		
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	管理者、職員全員が要望や意見を聞くよう心掛け、運営推進会議でも意見交換の機会を設けている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、本社にフリーコールセンターを設置している。家族等に向けたアンケートを年1回、本社が作成、実施、集計を行っている。職員不足が心配との声を受け、家族等が訪問してくれた際に、他の利用者のことも見守ってくれている。	
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	管理者はカンファレンスやホーム会議以外にも、職員の意見が聞けるような雰囲気作りにも努めている。	管理者は日頃から話し易い雰囲気づくりに努めるとともに、職員会議時や申し送り時に意見を聴くようにしている。体調不良の利用者が出た場合に、通院の判断をどのようにするかを職員間で話し合い、決めている。	
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	社内システムのキャリアアップ制度を導入し、成果、行動、能力の発揮度合い等を評価し、向上心を高められるよう努めている。		
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	認知症介護実践者研修や、管理者研修、外部評価、内部研修に参加する機会を作っている。		
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	地域の研修会へ参加をし、情報交換の場にもなっている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	家族からの情報や本人の希望等、出来るだけ多くの情報を職員全員で共有し、不安なく過ごしていただけるよう、又、信頼関係が生まれるよう努めている。		
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	相談から入居までの間に訪問をし、アセスメントを充分に行うよう努めている。入居後もご家族の不安を取り除けるよう話し合う機会を設け、良い関係作りが出来るよう努めている。		
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	面談を行い、ニーズと総合的援助方針を充分に課題化させ、状況を見極め必要なサービスを提案するようにしている。		
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	職員全員が心掛け実践している、お客様の得意分野を見出し役割を持っていただき時に知恵を借りたりして暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	家族の話をよく聞き、本人との関わり等を理解し、心情などに共感する事、面会時には本人の様子を報告させていただき、信頼関係を築いていけるようにしている。		
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	本人や家族からの情報を職員全員が共有し電話をつないだり、ホームに向向いて下さるよう働きかけをしている。時には、本人と一緒に回想したりしている。	初回アセスメント表を家族等に協力してもらいながら作成し、馴染みの人間関係を把握している。家族等と外食や墓参り、家族の結婚式へ出かけるほか、親戚が訪問してくる。面会者にはお茶を出し、ゆっくり話ができるよう配慮している。	
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	お茶の時間やレクレーションを通じてお客様同士の交流を図っている。トラブル等が発生した場合には、職員が間に入り関係の維持が出来るよう支援している。		
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	長期入院等で退居された方などは定期的にお見舞いに伺い、経過を見守り今後の支援相談などについても行っている。		

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
<b>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</b>					
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	今での生活歴や生活習慣を職員全員が把握し、希望に添えるよう努めている。	しぐさや表情で気持ちを察しながら、対応している。本人の看取りや終末期にどこにいたいのかということも、家族等と話し合いながら、本人本位にできるように努めている。入院したくないとの、利用者の意向をくみ取れるよう、重度化しても入院しないで過ごせる方法を職員間で話し合っている。	
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	ケアマネージャーからの情報収集や本人や家族などに、生活歴などをお聞きしながら把握出来るよう努めている。		
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	お客様個々の言動や行動を観察し、職員全員が様々な情報を共有する事で、現状把握に努めている。		
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	本人や家族、関係者等の意見を伺うと共に日頃の生活の関わりの中で職員が気付いた事をもとに課題を明らかにし、介護計画書を作成している。	作成した介護計画書は、3ヶ月ごとにモニタリングを行い、基本6ヶ月で見直しを行っている。利用者や家族等の要望や状態に変化が生じた場合は随時見直しを行っている。	
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	介護日誌の他に、個別の生活状況について時間を追って記録し、ケアの内容や状態の変化なども、朝夕の申し送りやミーティングで報告し話し合う事で情報を共有している。		
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	家族等が来所や宿泊の際には、希望により食事の提供も行っている。又、面会時間は、状況により決められた時間以外でも可能である。		

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
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	地域消防の協力による避難訓練、ボランティアによる歌やお祭りへの参加などを行い楽しんでいただけるよう支援している。		
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、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	本人や家族の希望の沿って、受診医療機関や主治医を決めている。又、協力医療機関と連携を取り、1ヶ月に1度の定期的な往診や状態変化時は随時相談出来る体制にあり適切な医療が受けられるよう支援している。容態変化時や急変時は迅速に対応している。	協力医療機関による訪問診療が月1回あり、利用者は希望により主治医を決めている。受診時の付き添いは基本は家族が行い、医師への照会書類を持って行き、家族等から口頭で医師からの回答や指示を受け取っている。緊急時には職員が付き添っている。	
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			
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、ホームでの様子などについて情報の提供をし、状況把握のため面会に行き看護師やソーシャルワーカーと情報交換を行い早期退院出来るように相談や連絡を行っている。		
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	入居時に、重度化した場合における対応に係る指針の取り交わしを行っている。重度化における医療処置については、主治医から経過や状態を聞き家族、医師と方針や内容を話し合っている。	重度化した場合における対応に係る指針に基づき、重度化や終末期、看取りに関する説明をし、同意書を交わしている。状況の変化に応じた繰り返し話し合いと、段階的な合意を口頭で行なっている。重度化や看取りに関する外部研修に参加しているが、マニュアルを整備するまでには至っていない。	重度化や終末期の看取りに関する事業所のマニュアルを整備することを期待する。
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	緊急時対応マニュアルを作成しホーム内研究を行っている。又、応援要請のための緊急連絡網を作成している。		
35	(13)	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1回、消防署の職員立会いも下で総会訓練を行っている。災害に備えた備蓄品を設置している。災害時に地域の方々も協力をいただけるよう依頼している。	夜間想定や地震を想定した避難訓練を行っている。反省会を行い、課題について話し合っているが次回の目標とするまでには至っていない。	開催後に話し合われた課題を、次回開催の目標に掲げ、取り組むことを期待する。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	排泄介助や入浴介助など、お客様のプライドやプライバシーを損なわないような言葉掛けや、対応をし配慮して支援している。個人情報情報の守秘に関する事項を運営規定に明示し、認識を統一し対応している。	トイレ誘導時等の普段の声かけは職員同士で気をつけるように心がけている。入所の際、写真の掲示およびホームページへの掲載に関して同意書を貰っている。	
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	本人の希望を聞き、出来る限り取り入れられるよう支援している。又、自己決定出来るように選択肢もお伝えしながら支援している。		
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	一人一人の生活リズムやペースを把握した上で、希望も取り入れ支援している。又、職員間の共通認識も徹底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	出来る限り、その日着る洋服は本人に決めていただいている。出張理美容サービスを毎月利用し、身だしなみを整えている。		
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	施設の庭で野菜を育て、収穫しそれを調理したり、出来る事を手伝っていただいている。季節の食材行事に合った食事を提供している。	利用者の好物や苦手な物を踏まえた献立の工夫をしている。献立は各ユニットごとに職員が利用者と話し合い作成しているため、別メニューとなっている。季節ごとに外食や行事食を楽しんでいる。	
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	お客様の嗜好等に合わせて、献立を作成している。食事摂取量や水分摂取量は、その都度記録し職員が確認している。		
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	お客様の状態により、声かけ、見守り、一部介助、全介助など毎食後に行っている。		

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
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	排泄表に記入して、状況を把握し本人のADLに合わせて時間にとらわれずに本人の尿意訴え時に対応し、尿意のない方に関しては声掛けをし誘導している。自立の為に出来る限りトイレでの排泄の支援を行っている。	利用者の記録を基に、時間と回数を把握し、トイレでの排泄を促している。退院後のおむつ外しを実践しており、現在はおむつ使用者はいない。	
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	排泄表に記入して排便の確認を行っている。便の状態や回数にも気を配っている。状態に応じ医師に相談している。散歩やラジオ体操等で体を動かす機会を作り、食事は繊維質の多い食材や牛乳やヨーグルト等を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	その日の体調や気分により入浴時間を決めて入浴している。出来る限り本人の希望に合わせて支援している。又、ゆずや菖蒲湯等を入れて季節を味わっていただいている。	基本週2～3回、14時～16時を入浴の時間としている。入浴を好まない利用者には、清拭や足浴、手浴、シャワー浴への臨機応変な変更で対応している。	
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	日中や夜間の様子を確認、記録し職員全員で申し送りをし、一人一人の就寝時間を把握してお客様の生活習慣に応じた対応をしている。		
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	個人ファイルに薬の説明書をとじ、全職員が内容を理解している。薬の変更に関しては、個人ファイル、業務日誌に記入して職員に周知出来るよう努めている。いつもと違った状態が見られた時には、バイタルを測定し医師に相談している。		
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	お客様一人一人の生活歴を把握すると共に、食事の準備や菜園、書道などお客様個々の役割や楽しみが出来るよう支援している。		
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支援している	天気が良い日には、散歩に出掛けている。家族との外出にも出掛けドライブや食事を楽しんでいる。	近所の桜並木を見物に徒歩と車いすを利用して、毎年出かけている。他にも紅葉狩りや海にドライブに出かけるなどしている。買い物は家族と出かけている。	



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
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	お小遣い金として、家族からお預かりして管理している。		
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	希望時には、いつでも電話の取りつぎを行っている。又、お客様が年賀状や暑中見舞いを書いて家族に出している。		
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	リビングは、明るく、広くゆったりとしたスペースで季節の花やお客様の作品を飾っている。中庭に面した窓からは育てた野菜や花が見え、暖かい日にはテラスへ出てレクリエーションを楽しんでいただいている。	居間にはソファが置かれ、くつろぎスペースとなっている。利用者の七夕の願い事や塗り絵、行事の写真が掲示されている。浴室の脱衣所スペースは天井からカーテンをつるし、利用者のプライバシーに配慮している。	
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	リビングには、ソファがあったり、和室があり一人一人が談話をしたりテレビを観たり、読書をしたりして自由に過ごしていただいている。		
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	居室には、馴染みの家具や思い出の品等を持ち込んでいただき居心地良く、くつろげるようにしている。	居室にはエアコンやカーテン、クローゼットが備え付けられている。利用者は馴染みのある品を持ち込み、居心地の良い部屋をしつらえている。	
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	ホーム内は、安全に配慮したバリアフリーになっている。各所に手すりが設置しており、お客様の身体状況により使用している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 ニチイケアセンター磯原  
作成日 平成 29 年 10 月 13 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。  
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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	お客様の身体状況の変化に応じて随時医療機関、家族への相談を行っているが、重度化した場合のケアについてスタッフの技能及び意識統一化が課題となる。	お客様の身体状況の変化に応じ毎月の研修内容を見直し、必要に応じて個別研修を実施する。	毎月のカンファレンスでお客様の身体状況をより具体的に把握できるよう共有し、必要時医療機関への相談を行いスタッフ研修へ繋げる。また、地域の勉強会にも積極的に参加し、個々の意識を高め日々の業務へ繋げていく。	3ヶ月
2	35	年2回、うち1回は消防署の職員立会いの下避難訓練実施及び実施後の反省会を行っているが、その際抽出された課題に対する次回の目標設定に至っていなかった。	反省会で抽出された課題を元に改善点を明確にし、次回の目標を設定し取り組む。	防災委員のみでなく、スタッフ全員がお客様を守り自身も守るという意識を持って訓練及び反省会に望む。その上で抽出された課題を元にシミュレーションを行い問題点を明確化し、次回に繋げる。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、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。