

## 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	1493000127	事業の開始年月日	平成21年10月1日	
		指定年月日	平成21年10月1日	
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大和西鶴間			
所在地	( 〒242-0005 ) 神奈川県大和市西鶴間 7-9-17			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成28年12月2日	評価結果 市町村受理日	平成29年7月4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で閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

## 【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"> <li>● お客様のADLをなるべく維持出来るように支援しています。</li> <li>● 天気の良い日は出来る限り毎日散歩に出かけて、近所の方とコミュニケーションをとれるようにしています。季節の移り変わりを肌で感じ取れるようにしています。</li> <li>● ラジオ体操などお客様の状態に合わせて、毎日適度に身体を動かせるようにしています。</li> <li>● 日々の家事を毎日楽しく、一緒に出来るように支援しています。</li> </ul>
---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成28年12月20日	評価機関 評価決定日	平成29年5月25日

## 【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><b>【事業所概要】</b> この事業所は小田急江ノ島線南林間駅からバスで5分、バス停から徒歩5分の閑静な住宅地に所在する。鉄骨造り2階建ての建物の南側は開口部が大きく、日差しが十分に入り館内全体が明るい。館内は毎日、掃除機やモップをかけるなど掃除を徹底している。</p> <p><b>【衛生管理の徹底】</b> 感染症対策で手洗い、うがいの励行を徹底している。家族や外部来訪者にも協力をお願いしている。特に冬はノロウイルス対策で、床を次亜塩素酸液を含ませたモップで水拭きしている。ユニット入口に次亜塩素酸液を含ませた雑巾を敷き歩行者のスリッパからの雑菌侵入を防止している。手すりやドアノブなど手を触れる箇所も同様に消毒し、館内は清潔に保たれている。</p> <p><b>【食事を楽しむことのできる支援】</b> 食材はネットスーパーで購入し、法人のレシピ例を参考にして利用者の好みを反映した料理を職員が調理し提供している。行事では寿司や釜飯の出前を取り、花見の帰りにには外食を楽しんでいる。</p> <p><b>【ADL維持の支援】</b> 利用者のADLをなるべく維持できるように、散歩管理表を作成し、偏りなく皆が参加できるように配慮している。外気浴も実施している。他にテレビ・ラジオ体操、下肢運動でも適度に身体を動かせるように支援している。</p>
--

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ニチイケアセンター大和西鶴間
ユニット名	ひなたぼっこ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所の理念として「お客様の自立と尊厳を守る」を作っています。ユニット目標は「お客様の気持ちに寄り添いながら、笑顔あふれる毎日を過ごしましょう」をフロアに掲示している。	法人の社是・経営理念、事業所理念、ユニット目標を玄関、事務室、フロア等に貼り職員に周知している。会議で話し合い職員間で共有している。利用者も職員も笑顔で過ごせるよう努めている。	
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	毎日の散歩のときに、積極的に挨拶をしてご近所の方とコミュニケーションをとっています。	自治会に加入し、毎年夏祭りには利用者も参加して地域の人々と交流している。畑仕事や音楽療法、カラオケのボランティアが来訪している。養護学校生徒の職場実習を受け入れている。地域の防災訓練に職員2名が参加した。	
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	発信の機会が設けられず、活かしきれいていません。		
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	防災訓練の結果や日々の行事の様子の報告をして改善点や新たな意見を伺い、マニュアル作りや行事計画の参考にしています。	2か月毎に開催している。自治会長、地域包括支援センター職員、家族、利用者等が参加している。事業所の活動報告、事故報告の他に避難訓練や水害対策等で意見交換をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	市の「グループホーム連絡会」に出来る限り出席して、情報共有に努めている。	市役所には要介護更新申請代行時などに近況を報告して、連携している。市の研修会に出席している。市グループホーム連絡会に参加し意見交換している。	
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	毎日の散歩などで気持ちのリフレッシュが出来るようにしています。帰宅願望のある方は随時散歩に出かけ気分転換が出来るようにしています。 (ご家族の要望にて、日中は玄関の施錠をしています)	身体拘束をしないことは運営規程等に謳い、事業所で年1回マニュアルに基づき研修を実施している。玄関とユニット入口は防犯上の理由と家族の要望により施錠をしているが、外出を望む人には一緒に外へ出る対応をしている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待防止マニュアルを学び虐待防止に努めている。また疑問に思ったことをスタッフ同士声を掛け合うことを心がけている。		
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	お客様の必要に応じて、成年後見制度を活用していただいています。		
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	契約時は必ず読み合わせをして、不明な点が無いか伺っています。「入居後、日々の生活のなかで判らないことがあったら遠慮なくご相談ください」と十分に納得していただけるよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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並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	運営推進会議で意見交換を行い、不満や提案があれば改善に努めています。また日々のご家族訪問時に日々の様子をお伝えしてご要望等伺っています。	家族の来訪時に近況を報告して意見や要望を聞き出している。ケアに関することは介護計画書に織り込んでいる。家族の来訪後に帰宅願望が強くなる方には、家のことは話題にしないように伝えている。	
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	職員からの意見や提案を聴く機会を設けていなく根本的な問題解決は難しい現状があります。	職員不足で個別面談の時間が取れないがホーム会議や仕事中に話を聞いている。職員補充の要望をホーム会議の議事録に載せて法人の支店に提出し、派遣スタッフが手当てされた。	
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	人材不足の状況が続き、各自が向上心を持って働けるような職場環境・条件の整備が出来ているとは言いがたい現状です。		
13		○職員を育てる取組み 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1人1人のケアの実際・力量の把握までは充分とはいえない背景があります。		
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つくり、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組みをしている	同業拠点との相互訪問の機会を今後取り入れていくことなどを準備中です。計画作成関連は、相互チェックをして質の向上を図っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に面談を行い、お客様やご家族の困っていること・要望を聞きそれに添ってプラン作成・支援をしています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の面談・入居後の連絡でお客様・ご家族の要望などに相違が無いが、双方の不安の解消に努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	ご家族に相談を受けた時は困難な状況にどのようなケアをしていくか例をもって説明をしています。また、ご本人の状態によってはホームからご家族に相談しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご本人が無理なく出来る家事などを計画書に入れ、日常的な役割がある張りのある暮らしができるように支援しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	日々のケアやご本人の日常生活について、家族訪問時や必要ある時は電話連絡で相談・お話をしています。外出や訪問は気軽にさせていただき、また、ご家族からの提案・意見をケアに反映させています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人のこれまでを大切にして、昔からのお仲間などとの馴染みの関係を続けていけるようにしています。	毎月家族と一緒に教会へお祈りに行く方や馴染みの美容院へ家族の介助で行く方がいる。友人や知人の来訪時にはお茶を出して歓迎している。電話の取次ぎや手紙の投函を支援している。	
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	お客様同士の関係性を日々見守りながら、なるべく自然に交流が持てるような場面作りを心がけています。		
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	退去された方全員ではありませんが、一部のお客様・ご家族さまと近況報告など連絡を取るようにしています。		
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。	日々の様子など（会話・行動・表情）からお客様の要望や希望・気持ちを汲み取り把握に努めています。	利用者の思いや意向は日常生活の中で聞いている。把握の困難な方は表情や仕草から汲み取り、本人本位に判断して支援している。把握した情報は申送り時等に職員間で共有している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	センター方式を活用しています。ご家族に記入していただいた用紙をスタッフやケアマネジャーが見て参考にしてケアプランを立てています。日々の関わりの中で情報を把握しています。		
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	毎日の申し送りで、変化があった点は情報共有できるようにしています。記録に残して確実に周知できるようにしています。		
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	定期的にモニタリング実施。ご家族・往診医・マッサージ師などにも意見を聞き、職員が集まりサービス担当者会議で話合って作成しています。	定期的にモニタリングを行い、サービス担当者会議で話し合い、家族の要望や医師、看護師、マッサージ師の意見を反映して計画書を作成している。状態原則3か月毎、変化時はその都度、計画を見直している。	
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	個別記録は毎日記入、申し送り・モニタリング時に情報共有し随時支援内容を見直しつつ、介護計画にも反映させています。		
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、その時々にも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	保険外サービスの活用など様々な支援やお客様のニーズを把握できるように努めています。（現在は利用はしていない）		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	散歩の時に近所の方々との交流を大切にして、いざというときにご近所の力（連携）を活用できる・安全な暮らしが出来るように支援しています。		
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	入居前からのかかりつけ医に継続してかかっている方もいらっしゃいます。往診医を希望される方は往診医と連携を取りながら受診できるようにしています。	入居前のかかりつけ医を受診する方が1名いる。その他の方は、協力医の月2回の往診を受けている。訪問看護師が週2回健康管理に訪問している。歯科医は週1回訪れ、希望者を診察している。その他科目は原則、家族が付添い受診している。医療情報は通院記録で共有している。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護師には情報を伝え相談し、その時必要な適切な受診が出来るように支援しています。		
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、また、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。又は、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。	入院されてしまった際は、お客様の日々の様子を介護サマリーで、適切な治療のための情報提供をしています。ご家族にも要望を伺い、早期退院できるように相談しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	重度化が予測される方には早めにご家族・ご本人の意向を確認し、医療との話し合いもまじえつつ事業所が出来る支援の範囲を説明して、適切な援助が出来るように努めています。	入居時に「重度化対応指針」を説明している。利用者の症状の変化に合わせて家族、医療、事業所の話し合いを重ねていく。昨年度1件の看取りを行った。マニュアルの整備と研修はこれからである。	今後、重度化や終末期ケアに対する要望が増えると思われるので、マニュアルの整備と職員研修の実施が望まれます。
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	スタッフ全員が消防署の上級救命講習を受講していますが、定期的なスキルアップ研修の受講機会が設けられなく課題です。		
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	定期的な防災訓練を行っています。地域の防災訓練に各ユニット1名ずつ参加しました。	避難訓練は年2回実施し、うち1回は消防署が立ち合い、1回は自主訓練である。夜間想定訓練の実施を年度内に予定している。地域の人々の参加はない。非常用の食料・水と利用者毎の着替えを3日分備蓄している。	災害対策には地域住民と連携を図り、避難訓練にも協力体制を築いていくことが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	カンファレンスの際や申し送りの時に利用者様の様子を共有して、それぞれにあった言葉かけの工夫をしています。個人情報については年1回トレーニングで各自確認しています。	新入職員には言葉遣いや接遇の研修を支店で行っている。以後は事業所でOJTで指導する。不都合があれば、その都度、先輩職員が注意している。個人情報を含む書類はキャビネットで施錠管理している。	
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	お客様それぞれに合わせて分かり易い言葉で質問したり、様々な場面で気持ちを表出できるように働きかけています。		
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	日中居室に戻り休まれる方など、その人のペースに合わせた生活ができるように支援しています。		
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	お化粧をされる方はやりやすいように準備や工夫をしています。また、行きつけの美容院に行かれる方もいます。		
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	食事の準備・片付けをスタッフや他の利用者様と楽しく出来るように心がけています。また食べたい物のリクエストを伺い随時メニューを変えて対応しています。	メニューは法人の献立を基に利用者の好みを反映している。食材はネットスーパーで購入し、職員が調理している。下処理や片づけはできる人が手伝っている。寿司や釜飯の出前を取っている。行事食には出張にぎり寿司を依頼、提供している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	カフェインがだめな方には、コーヒーやお茶でなく麦茶や他の飲み物を提供しています。ムセが心配な方はトロミやおかゆなどで対応しています。		
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に、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	毎食後お1人それぞれにあわせ、口腔ケアの声掛けや介助をしています。問題があれば訪問歯科と連携を行っています。		
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向けた支援を行っている	一人ひとりに合わせた排泄介助をしています。パットやリハビリパンツを利用の方も、排泄リズムをチェック表にて把握・確認して、なるべくトイレで排泄できるように支援しています。	排泄チェック表でパターンを把握して誘導し、トイレでの排泄の支援をしている。夜間は定時にトイレ誘導している。入居時に夜間はパットを着用していた方がトイレ誘導の励行で使わずに済むようになった改善事例がある。	
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	散歩・体操などを行い、自然な排便が出来るように促がしています。毎日牛乳とヨーグルトを提供しています。便秘の方は往診医に相談し適切な服薬の指示を仰いでいます。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	曜日は決めています、拒否がある場合は曜日を変えたり時間をずらして入浴を支援しています。	入浴は通常、週に3回入れるように支援している。時間帯はそれぞれのペースに合わせる。入浴を好まない方には時間や日を替えて声かけしている。好みにより入浴剤を使用している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	1人ひとりペースに合わせて休息が取れるように（日中の静養など）また安心して眠れる環境を作るようにしています。長年布団生活の方は、マットレスと布団で対応しています。		
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	それぞれの既往歴・必要な薬の把握をして服薬介助をしています。症状の変化は随時往診医に報告をして指示に従い対応しています。		
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	心配事が強くなった時など、家事をしていただいたり、散歩に行くなど気分転換が出来るようにしています。		
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。また、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	ご家族の付き添いで通院されたり郵便局に行くなどの外出をされています。（一部の方ですが）	天気の良い日は車いすの方も一緒に近所を散歩している。ADLの低下で機会が減っているが散歩管理表でなるべく利用者によって偏りがないように留意している。外気浴なども支援している。季節行事としては初詣や春の花見などの機会がある。	
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	基本的に現金は所持されていませんが、希望のある方には（ご家族の同意を得て）お財布を持っていただいています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご自身で葉書・手紙を書かれ散歩の時に一緒にポストに投函したりホームの電話でご家族とお話しされる方もいます。		
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	廊下や居間に行事の飾りや写真を掲示して会話の種になるようにしています。レクリエーションの書道を飾っています。	居間・食堂は採光が良く明るい。掃除が行き届き清潔である。ノロウィルス対策として次亜塩素酸液で床や手すりを拭いている。訪問当日は季節柄クリスマスツリーを飾られていた。壁には行事写真や貼り絵習字が飾られている。	
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	リビングのソファで座ってお話したり、休んだりして寛げるように工夫しています。		
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	ご本人の使い慣れた家具や、好みのもの、家族の写真など置いています。ご家族と相談しながら設えています。	居室入口には手作りの表札と利用者の顔写真が貼ってある。ベッド、整理タンス、テレビなど馴染みの品の持ち込みや壁に家族写真を飾るなど利用者が安心して過ごせる場所となるよう支援している。	
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」や「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	居室ではそれぞれの状況に合った福祉用具を利用をしています（ポータブルトイレ・センサーマット等）		

事業所名	ニチイケアセンター大和西鶴間
ユニット名	やすらぎ

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々々の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

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
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：9, 10, 19)	○	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
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	事業所の理念として「お客様の自立と尊厳を守る」作っています。ユニット目標は「思いやり優しさで笑顔あふれるやすらぎの場所に」を入りに掲示して、日々忘れないようにしています。		
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	散歩のときに、積極的に挨拶をしてご近所の方とコミュニケーションに努めています。		
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	発信の機会が設けられず、活かしきれていない。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	防災訓練の結果や日々の行事の様子を報告をして改善点や新たな意見を伺いマニュアル作りや行事計画の参考にしています。		
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	グループホーム連絡会になるべく参加をして、意見を伺っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束をしないケアに取り組んでいる。しかし状況により（利用者様の安全確保のために）玄関施錠をせざるを得ない現実もあります。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	疑問に思ったことは日々スタッフ同士で声を掛けあっています。		
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	成年後見制度についての研修に参加し、知識を共有できるように整備中です。		
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	契約時は必ず読み合わせをして、不明な点が無いか伺っています。「入居後、日々の生活のなかで判らないことがあったら遠慮なくご相談ください」と十分に納得していただけるよう努めています。		
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並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	介護計画書の交付はなるべく対面でご説明するようにして、その際質問や要望なども伺うようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	会議やまた個々の面談で報告や意見交換をしているが、全員に十分な機会を設けられていない。		
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	人材が不足な状況が続く労働環境の整備が必要です。把握できるよう情報を発信しています。		
13		○職員を育てる取組み 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	研修には出来る限り参加できるように、シフト調整をしています。が充分とは言えず改善項目です。		
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つくり、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組みをしている	同業拠点との相互訪問の機会を今後取り入れていくこと準備中です。計画作成関連は、相互チェックをして質の向上を図っています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前に面談を行い、お客様やご家族の困っていること・要望を聞きそれに添ってプラン作成・支援をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前の面談・入居後の連絡でお客様・ご家族の要望などに相違が無いか確認して、双方の不安の解消に努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	訪問療養マッサージ等、必要とされるサービスの提案もしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	築けるよう日々努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	築けるよう日々努めています。		
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	努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	努めています。		
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	努めています。		
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。	努めています。		
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	センター方式を活用しています。ご家族記入していただいた用紙をスタッフケアマネが見て参考にしてケアプランを立てています。日々の関わりのなかで情報を把握しています。		
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	スタッフ間での情報を密にすることで把握しています。記録に残して確実に周知できるように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	モニタリング・会議で話し合い作成しています。		
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	活かせるよう努めているが、困難な事も多く改善していかない場合は多い。		
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、その時々にも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	必要性は日々感じています。しかし現状日々の支援やサービスを継続するのがやっとなので新しい取り組みのために動く事は出来ずにいる。		
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	支援している。難しい時もあるが可能な範囲で代替したりして支援している。		
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	かかりつけ医に受診してもらい適切な医療を受けられるよう努めている。しかし難しいと感じる時は多い。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	訪問看護師には情報を伝え相談し、その時必要な適切な受診が出来るようにしています。		
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、また、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。又は、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。	入院されてしまった際は、お客様の日々の様子を介護サマリーで、適切な治療のための情報提供をしています。		
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	重度化が予測される方には早めにご家族・ご本人の意向を確認し、医療との話し合いもまじえつつ事業所が出来る支援の範囲を説明して、適切な援助が出来るように努めています。		
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	スタッフ全員が消防署の上級救命講習を受講しています。 (定期的な研修機会の確保が今後の目標です。)		
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	防災訓練を定期的に行っています。地域の防災訓練へ2名参加し職員に落とし込みをしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	対応出来るように努めている。出来ていないと感じる時にはスタッフと話し合い指導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	働きかけている。しかしこちら側の思いが届かない時も多く難しい。		
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	希望に添えるよう支援している。しかし難しいと感ずる事は多い。		
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	出来るだけ支援しています。しかし動きやすさ、介助しやすさも考え選んでしまっている時も多い。		
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	出来る範囲で参加していただいています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	各チェック表・記録により支援している。（栄養バランスについては医療に相談して補助食品を取り入れるなど工夫しています。）		
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に、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	可能な限りご本人に出来ないところは介助している。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表により声かけ・誘導し昼間はトイレでの排泄はかなり改善された。		
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	取り組みにより成功している部分は多い。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	個々のお身体の状態に合わせ危険性の無い入浴支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	中には安眠できず不穏や危険につながる入眠状況の方も折られる。安全を優先に支援している。		
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	努めています。		
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	人員不足から1人1人に対応する事は難しいと感じているが、可能な限り支援に努めている。		
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。また、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	支援しているが、回数は充分とはいえない。		
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	認知症がある為、この支援は難しい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	極少数の認知症の程度軽い方のみおこなっています。（ご本人の希望により支援している）		
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	気持ちよく過ごして頂けるように清潔であるよう努めています。		
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に過ごせるような居場所の工夫をしている	工夫しています。その時々に関問題点あるときは対応している。		
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	工夫している。		
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」や「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	それぞれの状況に合った福祉用具を活用をしています。手すりを活用して下肢の運動を行い筋力維持に努めています。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 ニチイケアセンター大和西鶴岡

作成日 平成 29 年 6 月 30 日

【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	ご入居者の高齢化に伴い、「みとり」を行う可能性が高まっている。	「重度化」「みとり」に取り組む為の研修を実施する。	マニュアルの整備と理解の為の研修を行う。 職員間で、心のあり方等のミーティングを行う。	平成30年3月31日
2	35	災害時において、地域住民との連携体制が確立できていない。	避難訓練に、地域住民も参加して頂く。	避難訓練を実施する際、町内会、近隣住民にお知らせし、参加・協力体制を築いてゆく。	平成30年3月31日
3	11	職員の不足分を、派遣職員で補っており、研修・会議を予定通り実施する事が難しい状況にある。	研修・会議を予定通り実施する。	法人の支店に安定した職員数の補充を依頼する。 少人数であっても、研修・会議を実施し、参加できなかった職員に対し、議事録を渡す等、周知する。	平成30年3月31日
4					
5					

注1) 項目番号欄には、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。