

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	10
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		4
4. 理念を実践するための体制		3
5. 人材の育成と支援		1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		7
1. その人らしい暮らしの支援		5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		23

事業所番号	1472202348
法人名	特定非営利活動法人のぞみ
事業所名	のぞみの家 とみ丘
訪問調査日	令和5年2月13日
評価確定日	令和5年3月27日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は23項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和4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	1472202348	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年3月1日	
法人名	特定非営利活動法人のぞみ			
事業所名	のぞみの家 とみ丘			
所在地	(251-0012)			
	藤沢市村岡東4-21-5			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		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	令和5年2月3日	評価結果 市町村受理日	令和5年3月31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)】

・ご利用者様個々の能力に合わせ、無理の無い安心・安全な暮らしを提供できるように努めています。

・医療面では、地域の風間医院の協力を頂き、週1回の往診、緊急時の対応など、ご家族様の希望を聞き、看取りケアまで実施しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和5年2月13日	評価機関 評価決定日	令和5年3月27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)】

●この事業所は、特定非営利活動法人のぞみの経営です。同法人は、横浜市に2ヶ所、川崎市に2ヶ所・藤沢市に1ヶ所のグループホームを運営し、今年から新たに鎌倉市内でグループホームを開設する予定です。この他にも訪問介護、居宅介護支援事業所を展開し、また、系列会社である株式会社リフレでは、介護付有料老人ホーム・共同住宅・食材卸売・配送業務を展開しています。ここ「のぞみの家とみ丘」は、JR大船駅とJR藤沢駅の間であり、どちらからもバスに乗り「渡内会館入口」下車して徒歩10分程の高台の住宅地の一角にあります。

●法人の理念「向き合う介護…6つの生きる」を事業所の理念とし、全体会議の中でも確認しながら「職員目線ではなく利用者目線で一人ひとりにあった介護をする」ことを目標としたケアの実践につなげています。職員と話し合っ「統一したケア」を目指し、この1年では特に、一人ひとりに合った水分量の把握に努めてきました。水分を取ることで食欲につながり、水分・食事に気を付けたことで、利用者の便秘が改善され、トイレでの排泄につながりました。また、職員の研修は毎月の全体会議の中で実施しています。認知症ケア・虐待・身体拘束等について学び、介護技術や知識の向上を図り、利用者へ「安心・安全・快適な暮らし」が提供できるよう努めています。

●コロナ禍の影響で、地域との交流は出来ませんが、町内会に加入し、回覧板を回す際や近隣への散歩の際に挨拶を交わし、交流を図っています。家族の面会は、2月からは居室での面会も可能としています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	のぞみの家 とみ丘
ユニット名	1階 ゆり

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	向き合う介護・・・6つの生きるという理念を常に心がけ、全体会議等で意見を出し合いより良い実践が出来るよう努力している。	法人の理念「向き合う介護・・・6つの生きる」を事業所の理念とし、全体会議の中で確認しています。「職員目線ではなく利用者目線」で介護することを目標とし、一人ひとりに合った介護が出来るよう、全体会議等で意見を出し合いながら、より良い実践に向け、努めています	今後の継続
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	地域のご近所の方々への挨拶や民生委員の方との交流を行っています。	町内会に加入しており、近隣の方とは、回覧板を届ける際に会話をしたり、散歩の際に挨拶を交わすなどの交流を図っています。民生委員の方は、日頃から事業所を気にかけてくださり、ウェス用のタオルを寄付していただくこともあります。事業所の防災訓練時には参加していただき、利用者の見守りをお願いするなど、良好な関係を構築できています。	今後の継続
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	ホームは近隣五町村の境に立地しており、他市で行われている認知症の支援活動にも参加しながら幅広い地域住民との関わりも行っています。		
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	運営推進会議は概ね2か月に一度の開催をしています。今年度は、新型コロナウイルス感染症の為に、書面にて参加者の方へ報告をしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、地域包括支援センター職員・民生委員・町内会長などに参加いただき、事業所の現状や活動報告、地域の情報などをいただいています。昨年はコロナが緩和された時期に、1度だけ対面で実施しましたが、それ以外は書面で参加者の方へ報告をしています。藤沢市の介護保険課にも書面を提出しています。	今後の継続
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取り組んでいる	市町村担当者と更新申請手続き、情報交換・不明点等について相談、意見を取り入れています。	藤沢市の介護保険課とは、更新申請手続きや、不明な点が生じた際に連絡を取り合うなど、協力関係を築いています。生き生きサポートセンターの職員は運営推進会議に出席いただいている他、職員研修の際の講師の話もいただいています。市の介護相談員は、コロナ禍の影響で中止していましたが、3月から再開する予定です。	今後の継続

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	夜間は防犯予防の為施錠をしていますが、日中の時間帯には開錠しています。不穏者がいない限り、日中の施錠は行っていません。	フロア会議の中で3ヶ月に1度、身体拘束適正化委員会を実施しています。毎月の研修の中で、年2回は虐待と合わせ、身体拘束の研修を実施しています。日頃からミーティング時に職員間で話し合い、利用者の状態に応じた対応方法を統一することで、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	今後の継続	
7	6	○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	定期的に勉強会を開催して職員間に虐待防止法について周知確認をしています。またカンファレンス時にも虐待に繋がらないケアの促進を周知しています。	身体拘束と合わせて研修を行い、定期的に勉強会も行い、事例も交えながら虐待防止法について学んでいます。日頃から会議の中で、利用者への声掛けの仕方や、言葉の言い換えの大切さについて話し合っています。管理者は、職員がストレスをため込まないように、様子を見ながら話しを聴くなどの配慮をしています。	今後の継続	
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	外部研修等への参加や施設内で実施している研修等を通じて、職員間で意見交換をしています。			
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	入所希望者、そのご家族様の思いを聞いて、見学をして頂いて、法人の理念や方針について十分説明して納得を頂いています。			
10	7	○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	玄関に意見箱を設置して、サービスの向上に努めています。普段からご家族様へ連絡して、ご本人の状態を報告したり要望や意見をお聞きしています。	家族からの意見や要望は、事業所内に設置してある意見箱や、来訪時や電話連絡の際に、近況報告と合わせて伺うようにしています。利用者からの意見や要望は、日々の関わりの中で把握するようにしています。家族の面会は、2月からは居室で行うことが可能になりましたが、電話で予約をしていただき、15分程の時間で実施する予定です。	今後の継続	

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	8	○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、全体会議・フロア会議を開催して、運営に関しての意見・提案を聞く機会を設けて、利用者様支援に生かしています。	毎月開催される全体会議は、理事長も参加して開催し、運営に関しての意見や提案を聞いています。月1回のフロア会議では、利用者の話やケアカンファレンスを中心に話し合い、利用者の支援に生かしています。管理者は日頃から、職員とコミュニケーションを取るよう心掛け、意見や提案も聴くようにしています。	今後の継続
12	9	○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	管理者はスタッフそれぞれの長所が生かせるような関係を常に保てるように努めています。管理者会議で事例検討会や管理者の職員への対応等について勉強しています。	管理者は、職員それぞれの特性や長所が生かせるような職場環境に努めています。管理者会議では、職員の立場を考えて話す研修も行っています。法人として、希望給や一人ひとりの勤務状況を配慮した職場環境の整備に努めています。また法人負担で、年2回の検診やインフルエンザ予防接種が受けられるよう、配慮しています。	今後の継続
13	10	○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	全体会議に参加して、職員の意見交換を行っています。また、研修の時間を作り、認知症ケアの声かけ、虐待等について話し合っています。	コロナ禍の影響で、外部研修は参加できていませんが、毎月の全体会議の中で研修を実施し、認知症ケア・虐待・身体拘束・倫理・法令順守等について学び、話し合っています。特定技能生を受け入れており、外国籍の職員には対して細目に声掛けするなどして、働きやすい環境作りにも配慮しています。	今後の継続
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	グループホーム連絡会に入り、地域の事業者とのネットワーク作りを実施しています。		
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	サービス開始前の段階からご本人や、ご家族様から情報を聞き取り、開始する段階ではご本人の不安感を安心感に変え、ご自分のペースで生活できるように配慮しています。		

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	ご家族様が気軽に話せるような雰囲気を作るように努めています。		
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	入居相談を伺った際に、ご家族様の思いを大切に、適切なサービスに繋がるよう支援に努めています。		
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	ホームの方針として、共に暮らし、共に成長するを念頭に置いて支援を行っています。ご利用者様との信頼関係を築けるよう努力しています		
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	ご家族様にこちらから連絡して、ご本人の状態について詳しく説明させて頂いています。また、状態の変化があった時にも報告させて頂いています。面会時は、ご家族様と過ごす時間を大切にしています。		
20	11	○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	ご本人の友人の方の面会や、電話で会話をさせて頂いています。	契約時に、差し支えない程度に友人や知人にも入居したことを伝えてくださいと声掛けをしています。友人の方の面会や、教師をしていた利用者の教え子だった方からの、面会や電話もあります。遠方の姪御さんの電話や面会もあるなど、馴染みの関係を継続できるよう支援に努めています。	今後の継続

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	利用者同士の会話やお互いを助け合う行為などを大切にして見守りをしています。時には、職員が介入しながら利用者間のつながりを作っています。カラオケを流して、一緒に歌を歌ったりしています。		
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	必要に応じた書類や情報を提供して、今までと同様な生活が継続できるよう支援しています。		
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	12	○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。	利用者様より、希望や思い等を傾聴して、サービスに繋げています。また、日々職員が気がついた思いについては、随時ミーティング時に話し合いを行い職員間で共有しています。	入居時のアセスメントで、本人・家族・在宅時のケアマネージャーから、過去の生活歴や暮らし方の希望等を伺い、思いや意向の把握に努めています。入居後は、日々の関わりの中で本人の言葉や表情から得た情報を職員で共有し、検討しています。欲しい物がある、買い物に行きたいなどの希望には、本人本位に検討しています。	今後の継続
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	生活歴、家族歴、病歴、ご本人やご家族様からの話をお聞きして把握するよう努めています。		
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	日中・夜間の過ごし方を把握観察して、ご利用者様の生活のしづらさについて支援しています。		

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	
26	13	○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	ご本人の思いやご家族様より以前の生活歴などを重視しながら、主治医、歯科医、メンタル医師やその他の専門職など他職種の連携を取りながら、介護計画を作成しています。状態の変化には、見直しを行っています。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に、初回の介護計画を作成し、入居後しばらくは様子を見ながら、情報収集に努めています。介護計画の見直しは、6か月を基本としていますが、医師や看護師など、他の専門職と連携を取りながら、状態の変化に応じてその都度見直しを行い、現状に即した介護計画を作成しています。	今後の継続	
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	利用者様の支援内容の記録表を作成して、毎日評価しています。変化時には、申し送り時に、随時利用者様の少しの変化の把握をして、対応をしています。			
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	個々のニーズなどを把握して、社会資源等を活用しながら、日々の生活に生かしています。			
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	散歩時には近所の方へ挨拶したり、民生委員の方へ、ホームの状況を伝えています。			
30	14	○かかりつけ医の受診診断 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	24時間の看護師との連携と月に2回の主治医の往診、メンタルの専門医の往診、歯科医の往診があります。	入居時に、事業所の協力医療機関について説明をした上で、本人と家族の希望を尊重してかかりつけ医を決めていただいています。現在は全員が事業所のかかりつけ医である風間医院からの訪問診療を受診しています。看護師は週1回の巡回、歯科医とメンタルの専門医は月2回、必要な方のみ往診があります。	今後の継続	

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	職場内には、24時間対応の看護師の存在があり、適切な看護を提供し、職員間で連携して、ご利用者様の健康管理に努めています。			
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。	入院時には病院の方、ご家族様と連携を取り合っ、て、情報提供を行っています。退院後の受け入れに関して、病院の医師、ケースワーカー、看護師、ご家族様との面談を行い状況の把握に努めています。			
33	15	○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、事業所の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	入居相談時から重度化や看取りに向けての事業所の方針について説明を行い、出来ること、出来ない事を説明しています。また、重度化が進行した際には、改めて主治医、看護師、ケアマネよりご家族様に状態について十分に説明し、チームケアに繋がっています。	契約時に、重度化や看取りに向けての事業所の方針について説明し、事業所で出来ること・出来ないことについて伝えています。状態に変化が見られた時には、家族に連絡を取り、改めて主治医・ケアマネ・看護師などを交えた話し合いの場を設け、今後の方針について共有しながら、チームとして支援に取り組んでいます。		今後の継続
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	急変時のマニュアルなどを作成して、日常の中での急変、事故に対して職員間連携し、迅速に対応しています。			
35	16	○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	定期的に避難訓練等も行い、近所の方の参加もあります。近隣住民とも交流がはかれるように努めています。	年2回、夜間の火災発生を想定した自主訓練を実施しています。訓練には民生委員の方にも参加いただき、利用者の見守りをしていただきました。利用者も参加し、駐車場まで避難を行いました。地域の避難訓練にも今後参加していく予定です。備蓄品については、3日分の食糧・水・衛生用品・懐中電灯・ラジオ等を準備しています。		今後の継続

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	17	○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	ご家族様、利用者様に対して、個人情報の取り扱いについて説明し、書面で誓約を行っています。利用者様には、安心して過ごして頂けるよう信頼関係の構築に努めています。	入職時に介護技術・法令順守・倫理などについて研修を行うとともに、入職後も年間研修で学び、人格の尊重等について理解を深めています。日々のケアの中でも、利用者の人格を否定したり、プライバシーを損ねることの無いよう、申し送りや会議で話し合い、利用者が安心・安全な暮らしが出来るよう努めています。	今後の継続	
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	尊厳を大切に支援するよう努力して、カンファレンスや会議時に随時話し合い、利用者様の自己決定が出来る環境作りに努めています。	/		/
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、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	利用者様の状態把握を行いながら、ペースに合わせて個別支援を実施しています。			
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	利用者様の身だしなみには常に気を配っています。定期的に訪問理容を利用しています。			
40	18	○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	利用者様の状況に合わせて、片づけ等を職員と一緒にしています。畑で収穫できた野菜などを食事時に提供して食事を楽しんで頂いています。	食材はレシピ付きで業者から発注し、職員が調理しています。行事の際には、特別食の注文をしています。畑で収穫できた野菜（大根・ナス等）を一品として提供したり、とんかつや中華料理の出前を取るなど、食事を楽しんでいただけるよう工夫しています。手伝っていただける方は多く、均等にご配慮しています。	今後の継続	

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	メニューは栄養士が作成しています。利用者様の食態に合わせて提供しています。ミキサー食の提供も行っていきます。		
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	歯科医師による定期的な口腔内のチェックを行い、その方に合った適切な支援内容を行えるように努めています。		
43	19	○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	その方に合わせた排泄パターンを把握して、定時に限らず、様子を見ながらトイレにお誘いし、気持ちよく排泄できるように務めています。	排泄チェック表にて、個々の排泄パターンを把握し、時間や様子を見ながら声掛け誘導し、トイレでの排泄に向けた支援に取り組んでいます。夜間は、睡眠優先の方、声掛け誘導する方など個別に対応しています。一人ひとりの水分摂取量を把握することで、便秘の改善のみならず、トイレでの排泄にもつながっています。	今後の継続
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	水分摂取の促しや日常の活動に注意しています。水分もお好きなジュース、牛乳など提供して、水分量の確保に努めています。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	車イス状態になっても、入浴を楽しんで頂けるように、中間浴を用意しています。入浴剤や季節のゆず湯など、楽しめる環境づくりを提供しています。	基本的には週2回の入浴を支援しています。入浴前にはバイタルチェックを行い、本人の意向を確認しながら、気持ちよく入浴していただけるよう配慮しています。1階にはリフト浴も設置されており、車椅子を使用している方でも入浴できる体制を整えています。入浴剤やゆず湯・菖蒲湯なども楽しんでいただいています。	今後の継続

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	ご本人の生活習慣を把握して、夕方からの落ち着いた過ごし方にチームで取り組み、安心して眠れる環境を整える支援を行っています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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、看護師、専門医師、薬剤師と連携しています。薬剤師と在宅管理指導を行い、随時、薬の副作用などについて相談し、症状の変化の確認に努めています。		
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	利用者様の思いをくみ取るような声かけに工夫をしながら、楽しく充実した時間を過ごしてもらえるように支援をしています。		
49	21	○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	ご家族様の協力で、公園や買い物に外出しています。天気の良い日には、職員が付き添って散歩に出かけています。	コロナ禍の影響で、人が多い場所への外出は自粛していますが、職員と一緒に近隣への散歩や、近くのコンビニへの買い物等に出かけています。訪問リハビリの職員と一緒に散歩する方もいます。以前は、車を使用して、四季折々の花見等の外出レクを行ったり、家族と一緒に夕食に出かける方もいます。	今後の継続
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	最近は、買い物に出かけてご自分のお金を使う機会がほとんどなくなっていますが、お小遣いとして財布にお金を所持されている事で安心感を持たれています。		

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	手紙という手段は難しくなっていますが、ご家族様からの電話での連絡やご本人がご家族様の声を聞きたい時は、随時電話をつないでいます。			
52	22	○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	生活の匂いがする空間作りに努めています。居間には直ぐ隣に台所があり、居間からは花壇の花などを楽しんでいます。	事業所は高台にあり、窓からの景観も良く、陽射しが降り注ぐ明るい共用空間になっています。花壇を眺めながら、窓際で外気浴をする利用者もいます。リビングとオープンキッチンが一体化しており、調理の音や香りも居心地の良さにつながっています。四季に合わせた飾りを職員と一緒に作り、壁に飾っています。カーテンで採光を調節し、加湿空気清浄機を使用して、環境に配慮しています。		今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間には移動可能なソファがあり状況により移動して居場所を作る事ができます。窓際にイスを移動して、日光浴を楽しんでいます。			
54	23	○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	居室の中には、それぞれの入居者の意向により持ち込まれた馴染みの家具を配置されています。	各居室には、クローゼット・介護ベッド・エアコン・防災カーテンが完備されています。入居時に、使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んでいただくよう伝えていきます。人によって、冷蔵庫やテレビ、机と椅子、仏壇、家族写真等を持ち込まれ、居心地よく過ごせるよう、工夫しています。		今後の継続
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	廊下には手すりがつけてあり、トイレのドア、各居室には分かりやすいように、名前がつけられています。			

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家 とみ丘

作成日 令和5年2月13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	13	スタッフの介護力や認知症についての知識の向上が必要である。	介護知識や介護技術の向上	全体会議、フロア会議での研修とスタッフ同士の意見交換を行う。	1年

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。

事業所名	のぞみの家 とみ丘
ユニット名	2階 ふじ

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	向き合う介護・・・6つの生きるという理念を常に心がけ、全体会議で意見を出し合いより良い実践が出来るよう努めています。		
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	地域のご近所の方々への挨拶や民生委員の方との交流を行っています。		
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	ホームは近隣市町村の境に立地しており、他市で行われている認知症の支援活動にも参加しながら幅広い地域住民との関わりも行っています。		
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	運営推進会議は概ね2か月に一度の開催をしています。今年度は、新型コロナウイルス感染症の為に、書面にて参加者への方へ報告しています。		
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	市町村担当者と更新申請手続き、情報交換・不明点等について相談、意見を取り入れています。		

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	夜間は防犯予防の為、施錠をしていますが、日中の時間帯には開錠しています。不審者がいない限り、日中の施錠は行っていません。		
7	6	○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	定期的に勉強会を開催して職員間に虐待防止法について周知、確認しています。また、カンファレンス時にも虐待に繋がらないケアの促進を周知しています。		
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	外部研修等への参加や施設内で実施している研修等を通じて、職員間で意見交換をしています。		
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	入所希望者、そのご家族様の思いを聞いて、見学をして頂いて、法人の理念や方針について十分説明して納得を頂いています。		
10	7	○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	玄関に意見箱を設置して、サービスの向上に努めています。普段からご家族様へ連絡して、ご本人の状態を報告して、要望や意見をお聞きしています。		

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
11	8	○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、全体会議・フロア会議を開催して、運営に関しての意見・提案を聞く機会を設けて、利用者様支援に生かしています。		
12	9	○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	管理者はスタッフそれぞれの長所が生かせるような関係を常に保てるように努めています。管理者会議で事例検討会や管理者の職員への対応等について勉強しています。		
13	10	○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	全体会議に参加して、職員の意見交換を行っています。また、研修の時間を作り、認知症ケアの声かけ、虐待について話し合っています。		
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	グループホーム連絡会に入り、地域の事業者とのネットワーク作りに努めています。		
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	サービス開始前の段階からご本人や、ご家族様から情報を聞き取り、開始する段階では、ご本人の不安感を安心感に変えて、ご自分のペースで生活できるように配慮しています。		

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	ご家族様が気軽に話せるような雰囲気を作るように努めています。		
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	入居相談を伺った際に、ご家族様の思いを大切にして、適切なサービスに繋がるよう支援に努めています。		
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	ホームの方針として、共に暮らし、共に成長するを念頭に置いて支援を行っています。ご利用者様との信頼関係を築けるよう努力しています。		
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	ご家族様には、こちらから連絡して、ご本人の状態について詳しく説明させて頂いています。また、状態の変化があった時にも報告させて頂いています。面会時は、ご家族様と過ごす時間を大切にしています。		
20	11	○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	ご本人の友人の方の面会や、電話で会話をさせて頂いています。		

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
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	利用者様同士の会話やお互いを助け合う行為など大切にして見守りをしています。時には、職員が介入しながら利用者間の繋がりを作っています。カラオケを流したり、一緒に歌を歌ったりしています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	必要に応じた書類や情報を提供して、今までと同様な生活が継続できるよう支援しています。		
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	12	○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。	利用者間の希望や思い等を傾聴して、サービスに繋げています。また、日々職員が気が付いた情報については、随時ミーティング時に話し合っ、情報を共有しています。		
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	生活歴、家族歴、病歴、ご本人やご家族様からの話をお聞きして把握するよう努めています。		
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	日中、夜間の過ごし方を把握、観察して、ご利用者様の生活のしづらさについて支援しています。		

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
26	13	○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	ご本人の思いやご家族様より以前の生活歴などを重視しながら、主治医、歯科医、メンタル医師やその他の専門職など他職種との連携を取りながら介護計画を作成しています。状態の変化時には、見直しを行っています。		
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	利用者様の支援内容の記録表を作成して、毎日評価しています。変化時には、申し送り時に、随時利用者様の少しの変化の把握をして対応しています。		
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	個々のニーズなどを把握して、社会資源等を活用しながら、日々の生活に生かしています。		
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	散歩時には、近所のかたへ挨拶したり、民生委員の方へ、ホームの状況を伝えています。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 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	24時間の看護師との連携と月に2回の主治医の往診、メンタルの専門医の往診、歯科医の往診があります。		

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
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	職場には24時間対応の看護師の存在があり、適切な看護を提供して、健康管理に努めています。		
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。	入院時には病院の方、ご家族様と連携を取り合って、情報提供を行っています。退院後の受け入れに関して、病院の医師、ケースワーカー、看護師、ご家族様との面談を行い、状況の把握に努めています。		
33	15	○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	入居相談時から重度化や看取りにむけての事業所の方針について説明を行い、出来る事、出来ない事を伝えています。また、重度化が進行した際は、改めて主治医・ケアマネ・看護師等より状態について十分に説明し、チームケアに繋がっています。		
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	急変時のマニュアルなどを作成し、日常の中での急変、事故に対して職員間で連携し、急速に対応しています。		
35	16	○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	ホーム近隣には、市の防災倉庫が設置されています。定期的に避難訓練等も行い、近所の方の参加もあります。近隣住民とも日々交流がはかれ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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○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	ご家族様・利用者様に対して、個人情報の取り扱いについて説明し、書面で誓約を行っています。ご利用者様には、安心して暮らして頂けるように信頼関係の構築に努めています。			
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	尊厳を大切に支援するよう努力し、カンファレンス、会議時に随時話し合い、利用者様の自己決定が出来る環境づくりに努めています。			
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	利用者様の状態把握を行いながらペースに合わせて個別支援を実施しています。			
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	身だしなみには常に気を配っている。定期的に訪問理美容を利用しています。			
40	18	○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	利用者様の状況に合わせて、片づけ等を手伝って頂いています。食事時間に、好きな食べ物などお聞きしています。			

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
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	メニューは栄養士が作成しています。各利用者様の食態に合わせて提供しています。ミキサー食の提供をしています。		
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	歯科医による定期的な口腔内のチェックをして、その方に合った適切な支援内容を行えるよう努めています。		
43	19	○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	その方に合った排泄パターンを把握して、定時に限らず様子を見ながらトイレに誘導して、気持ち良く排泄できるように努めています。		
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	水分摂取の促しや日常の活動に注意しています。水分もお好きなジュース、牛乳など提供して、水分量の確保に努めています。		
45	20	○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	車椅子状態になっても、いつまでも入浴が楽しめる様、中間浴を用意しています。ご利用者様が入浴時間をリラックス出来るよう入浴剤や季節のゆず湯など活用し、楽しめる環境作りを提供しています。		

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
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	ご本人の生活習慣を把握して、夕方からの落ち着いた過ごし方にチームで取り組み、安心して眠れる環境を整える支援を行っています。		
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	主治医・看護師・専門医師・薬剤師と連携しています。調剤薬局と在宅管理指導を行い、座右維持薬の副作用などについて相談し、症状の変化の確認に努めています。		
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	各ご利用者様の出来る事を引き出す声かけを行って、役割や楽しめる時間を作って過ごして頂いています。		
49	21	○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	職員が天気の良い日に散歩に出かけたり、ご家族様の協力で、公園などへ外出をされています。		
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	最近は、買い物に出かけてご自分のお金を使う機会がほとんどなくなっていますが、お小遣いとして財布にお金を所持されている事で安心感を持たれています。		

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	手紙という手段は難しくなっていますが、ご家族様からの電話での連絡やご本人がご家族様の声を聞きたい時は、随時電話をつないでいます。		
52	22	○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	生活の匂いがする空間作りに努めています。居間には直ぐ隣に台所があり、居間からは花壇の花などが見えています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居間には、移動可能なソファがあり、状況により移動して居場所を作る事が出来ます。窓際にイスを移動して、日光浴を楽しんでいます。		
54	23	○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	居室の中は、それぞれの入居者様の意向により、馴染みの家具が配置されています。		
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	廊下には手すりが付けてあり、トイレのドア、各居室には、分かりやすいように、名前が付けられています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家 とみ丘

作成日 令和5年2月13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	13	スタッフの介護力や認知症についての知識の向上が必要である。	介護知識や介護技術の向上	全体会議、フロア会議での研修とスタッフ同士の意見交換を行う。	1年

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。