

<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	8
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	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
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	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1493500068
法人名	特定非営利活動法人
事業所名	のぞみの家上郷
訪問調査日	2018年9月28日
評価確定日	2018年11月30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20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。

平成 30 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	1493500068	事業の開始年月日	平成19年6月1日	
		指定年月日	平成19年6月1日	
法人名	特定非営利法人 のぞみ			
事業所名	のぞみの家 上郷			
所在地	(247-0013) 神奈川県横浜市栄区上郷町927-5			
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30年9月16日	評価結果 市町村受理日	平成30年12月6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)】

入居者一人ひとりが役割を持ち、家庭的な雰囲気の中で持てる力を生かし、食事の下ごしらえ、食器拭き、洗濯物たたみなどの家事に参加してもらっています。

毎日行われるレクリエーションの中で、個別の支援をして全員が楽しい時間を持てるよう工夫している。

【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	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年9月28日	評価機関 評価決定日	平成30年11月30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、特定非営利法人のぞみの経営です。同法人は、地域の高齢者の方々が心豊かに楽しく過ごせる地域社会の実現を理念として神奈川県内の横浜に2ヶ所・川崎に2ヶ所・藤沢に1ヶ所のグループホームを運営している他、在宅介護・デイサービス・ヘルパーステーション・高齢者住宅など、幅広く福祉事業を展開しています。ここ「グループホームのぞみの家上郷」は、JR「大船駅」から「金沢八景」行きバス、またはJR根岸線「港南台駅」から「緑ヶ丘」行きバスで「光明時」下車して、徒歩2分程の場所にあります。事業所は少し高台の静かで見晴らしの良い環境下にあります。

●現管理者は、昨年11月から管理者に着任しましたが、以前から職員として勤務していたため、利用者や家族、職員との面識もちろんのこと、内部の状態も把握しており、業務の円滑化やケアの改善に取り組んでいます。管理者は率先垂範して動き、職員とも積極的にコミュニケーションを図りながら連携を密に取り合い、業務やケア方法に関する気づきや提案を吸い上げるようにしています。吸い上げた意見や提案をフロア会議で職員に投げかけ、意見交換を行い反映させるようにしたことで、職員の意識にも変化が生じ、日々の利用者の変化についても注意深く観察する等の相乗効果につながっています。また、事業所では全員が楽しい時間を持てるようにとの思いで、曜日ごとに体操、歌、早口言葉、カラオケ等のアクティビティを取り入れ、ユニットごとや合同で実施していますが、利用者の自主性を尊重し、希望されない方には個別支援で楽しんでもらえるように工夫しています。

●地域との交流については、ギター、アンサンブル、オカリナ、コーラス等のボランティアの方の来訪や、地域の夏祭りに参加する等で交流を図っていますが、事業所の行事に地域の方々をお誘いすることはできていないので、今後は、事業所に足を運んでいただけるような行事を開催し、より一層交流を深められるようにしていきたいと考えています。

【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 ~ 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	のぞみの家 上郷
ユニット名	1F あやめ

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	平成23年にスタッフ全員で考えた理念とハツラツ人生四カ条を目につきやすい入り口に掲げ、再確認や意識付けをしている。理念に沿ったケアが行われるようにカンファレンス等でスタッフの意識統一を図っている。	法人の理念と理事長発案のハツラツ人生四カ条をユニットの入り口に掲示し、ケアカンファレンス時にも理念について話すことで、共有しながら理念に沿ったケアの実践につなげています。今後は、法人の理念を踏まえ、事業所独自のケア目標を作成することを検討しています。	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	自治会に加入して、回覧板をまわしたり地域の民生委員とお話しをすることにより、地域の夏祭りの参加や、地域ボランティアの皆さんの訪問などが実現している。	自治会の回覧板や運営推進会議にも参加して下さっている民生委員の方からも地域行事等の情報をいただき、夏祭り等の行事には積極的に参加しています。ボランティアの受け入れでは、ギター、アンサンブル、オカリナ、コーラスの方々に訪問いただき交流も図っています。現段階では、事業所の行事に地域の方々をお誘いすることはできていないので、今後は、事業所に足を運んでいただけるような行事を開催したいと考えています。	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	区役所主催の認知症キャラバンメイトの連絡会にホームより職員が参加し、支援方法や生活上困っていることなど相談、意見交換を行っている。		
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	二ヵ月毎に開催している。家族、地域、包括、区のメンバーで構成しホームからの状況報告や家族との意見交換を行っている。問題や疑問に対してアドバイスをいただき、運営に反映できるように努力している。	家族、民生委員、地域包括支援センター職員の参加で2ヶ月毎に開催しています。事業所の現状や活動報告、ヒヤリハットについても報告し、参加者の方から率直な意見等をいただいています。家族も7、8名と多くの方に参加いただいております。個別でも利用者の近況報告を行っています。	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	近隣の包括支援センターへ介護保険サービスに関する相談や入居相談を行っている。また運営推進会議での報告を通して、疑問点や今後の取り組みについてアドバイスをもらっている。	横浜市の集団指導講習会は管理者が必ず出席し、市や区の研修会は必要に応じて職員の参加を促しています。また、区役所主催のキャラバンメイト連絡会にも参加し、事業所の情報提供や意見交換を行い協力関係を構築しています。	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
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	身体拘束廃止委員会規定を作成し、それに従い3ヶ月に1度委員会を開催している。構成員は委員長1名、委員若干名を任命。必要な時は随時開催している。開催時は議事録を作成し理事長及びスタッフ全員に報告している。身体拘束禁止の具体的な行為に関する誓約書を作成、スタッフ全員が署名捺印している。	4月から身体拘束廃止委員会を発足し、委員長をはじめ、3人を委員のメンバーとして3ヶ月に1回委員会を開催しています。利用者の中で離床センサーを使用している方がおり、離床センサーの必要の有無や、対応方法を検討する等、グレーゾーンを含めて身体拘束に該当する事柄について話し合い、ケア会議等で職員に周知しています。また、身体拘束禁止の具体的な行為に関する誓約書を作成しており、入職時には署名捺印をしています。	今後の継続
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	虐待に対する職員の研修を行っている。職員の言動から虐待にあたると思われる事柄を取り上げ、話し合いを儲け再確認するよう取り組んでいる。		
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	成年後見人制度について職員には資料を回覧し勉強会を行って認識し支援している。現在入居者で制度利用となる対象者はいない。		
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	入居前に統括管理者、ホーム管理者が契約書内容説明、今後の生活への不安、要望などご家族とよく話し合い入居後のトラブルがないように気をつけている。		
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	日頃より話しやすい関係作りを心がけている。面会時、家族会、運営推進会議、電話などいつでも意見や要望を聞く環境にしており、家族からの意見や苦情については代表者を交えた全体会議や個別に検討、話し合いを行い運営に反映している。	年1回開催している家族会では、8割の家族の方が参加する等、家族とも密な関係が構築できています。運営推進会議、日常の面会時や電話等でも意見や要望を聞くことで、気さくに話さる関係や雰囲気作りを大切にしています。家族からの意見や要望は連絡ノートに記入し、全職員で共有しながら改善に取り組んでいます。	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
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、提案、要望は随時聞く体制を取り、職員全体で検討し、必要な案件は代表者に挙げている。また可能な案件は提案者に任せ、意欲向上につなげている。職員間での意見交換は活発に行われている。	職員からの意見や提案等は、業務中や休憩中など随時聞く体制を取り、フロア会議で議題に上げ、検討した後に反映させるようにしています。管理者自身もシフトに入ることで職員とのコミュニケーションを密にして、働きやすい職場環境整備に取り組んでいます。また、職員の意欲につなげるため、可能な案件については提案した職員に一任しています。	今後の継続
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	毎月の管理者会議でホームの勤務状態、職員からの要望、意見等を代表者に報告し、法人全体の体制の改善へつなげている。人事考課にて自己評価を行い得点を給与算定につなげている。連絡ノートにより、情報の共有化を図り、レベルの高いケアを実現している。		
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	GH連絡協議会による研修の参加やウィリング横浜よりの各種研修に積極的に参加している。インターネットを利用しての介護研修カリキュラムマナビタをパソコンやスマホで自発的に勉強してもらうため、IDやパスワードをスタッフ全員に付与して、指導している。		
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	区の賀詞交歓会などに参加交流し、他施設との情報交換を図り、サービスの向上へ繋げられるように取り組んでいる。またグループホーム連絡協議会の交流交換研修に参加、受け入れる事により、他GHの現状を垣間見る事ができる。		
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	ホーム見学や入居前面接にて、本人の不安や要望などをしっかり聞き取り、また入居直後は各職員が得た情報を共有し、本人と一緒に解決していくことにより、安心感をもてるようにしている。		

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
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	家族からの入居相談、自宅訪問、契約時また紹介先の相談員より、困っていること、不安、要望等を聞き、家族が安心できるような対応法を一緒に考えている。また入居後の日々の様子を伝え、新たな要望などに答えていくことで信頼関係を築いている。		
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	入居相談の時点で、本人が一番必要としている支援を、ホーム看護師、職員、在宅サービス関係者や在宅のケアマネージャーなど多方面からの情報収集を図り、多くの目で考えるようにしている。		
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	居室の掃除、洗濯、調理補助などの日々の生活に必要なことはADLに合わせて日常的にしている。また、ホームで必要な物品の買い出し、季節ごとの飾りつけなど入居者、職員それぞれが役割を担い責任を持っている。		
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	本人、家族、職員の思いを共有し、本人を中心として両側から支えられる関係を築けるように努めている。家族の面会は頻繁にあり、レクリエーションに併に参加したり、家族と一緒に外出レクなども行われている。		
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	親戚、友人、知人などが気軽に訪問しやすい雰囲気作りを大切にしている。職員がご家族の状況や都合をよく理解しているので、訪問時には本人と一緒に歓迎することができる。	年1回の家族会では8割の家族の来訪があり、運営推進会議にも7、8人の家族が参加する等、家族と事業所の関係も良好であり、多くの家族の来訪があります。毎週日曜日に家族と外食に行かれている方やお墓参りに行っている方、かつての教え子の来訪もあります。	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
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	入居者それぞれに主張があり活発に会話がなされている反面、時には言動の食い違いから孤立してしまう面もある。様子を見ながら職員が間に入り入居者同士を繋げる役割をしている。		
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	特養などの他施設へ移っても、家族の訪問があり現在の様子や悩みなどを話し合う場合がある。必要な情報提供を行い少しでも不安を取り除けるように努めている。また入院先からホーム復帰が難しい入居者にはケースワーカー等に情報提供し、今後に関係する支援を行っている。		
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。	職員との会話や表情の中からそれぞれの思いや希望を感じ取り、本人と共に考えるようにしている。意思伝達が難しい入居者には、生活歴や日々の生活の様子、表情から読み取れるように心がけている。	入居時のアセスメントで本人と家族から、過去の生活歴や、趣味嗜好、事業所での暮らし方の希望等について意向を伺っています。ご自身で思いや意向を伝えることが出来る方には話の中で汲み取り、意思表示が困難な方については、日頃の生活の中での職員の気づき、声かけした際の反応や表情から感じ取るように心がけています。	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	入居前の面談だけでは捉えきれない部分は入居後に本人や家族から無理のないように少しずつ聞き出すようにして、職員間で情報を共有している。		
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	入居一人ひとりについての変化や気づき、情報等は常に職員から上げられるようにし、ケアの申し送りやノートでの回覧により共有できるように努めている。		

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
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	特変がなければ3ヶ月毎に各入居者のカンファレンスを開き、プランの見直しをしている。本人の生活、家族の要望、看護師、担当医等の意見を聞き、個人のニーズを職員間で話し合いプランを作成している。次回プラン作成前にはモニタリングを行い内容の見直しに反映させている。	入居時は、アセスメントで得られた情報を基に暫定の介護計画で暫く経過を観察します。3ヶ月毎にケアカンファレンスを開き、職員の気づき、家族の要望、医療関係者の意見、個人記録を基に意見交換を行い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	業務日誌、個人記録をもとに申し送り、ノート回覧にて全職員が情報を共有できるようにし、適切なケアを話し合い実践に結び付けている。		
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	一時的なADL低下のため、入浴困難になった入居者を、家族の希望で訪問入浴（自費）の利用、また個別に外出のためガイドヘルパーを利用したケースがある。		
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	ボランティアの訪問や他の高齢者施設、ケアプラザなどでの歌や大正琴など趣味、地域の祭りなどに参加することもある。		
30	11	○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	入居前にかかっていた医師を主治医としているが、希望によりホームの往診医に切り替えるケースもある。受診は家族やホーム看護師、職員で対応し医療情報の共有に努めている。	入居時に事業所の協力医療機関について説明し、本人と家族の意向を尊重して主治医を決めていただくようにしています。現在は全員が協力医の月2回の往診を受けています。歯科は週1回、精神科は月2回の往診があります。週1回看護師による健康管理も行われている他、医師と看護師共に24時間のオンコール体制を整えており、急変時にも対応可能です。	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
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	看護師は24時間オンコールで、入居者の生活の様子や変化を伝え、適切な対応ができるような体制を取っている。		
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、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。	入院中は職員が何回か面会に行き、家族との連絡や医師とのモニタリングを本人の状態に合わせて行うようにしている。2ヶ月以上の入院を退居の目安としているが、ホームでの生活が可能であれば入院日数が伸びても受け入れる体制をとっている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	個々に条件は異なってくるが、自然な老衰であれば看取りも考慮に入れ、ホームで出来るケアについて、家族、担当医と状況に応じて充分話し合いを行い、方針を統一している。	重度化や終末期に関する指針があり、入居時に事業所で出来ること出来ないことを含め家族に説明しています。主治医の往診時に終末期についての話しがあった際には、家族、医師、管理者による話し合いの場を設け、方針を決定した後には共有しながらチームとして終末期に向けた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	消防署による救命救急法の講習を受け、急変が発生した時の呼吸の有無の対応法の研修、また救急搬送につなげるまでの手順などをチャートにして掲示している。		
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	消防計画に基づき夜間を想定した訓練をはじめ、消火器、火災通報装置などの使用方法、スタッフ間の連携など定期的に確認をおこなっている。	年2回消防立ち合いの下、夜間を想定した避難訓練や水消火器を使用した消火訓練、火災通報装置の使用方法についても確認しています。年2回防災設備会社による防災機器点検も行っているため、その際にも防災機器の取り扱い要領についても確認しています。備蓄品は3日分程度の水、食料、衛生用品を建物外の物置に保管しているほか、薬も多めに処方してもらい、災害時に備えています。	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	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	プライバシーや個々の尊厳に対して職員に問題のある言動が見られた時は、本人に接遇の理解を深めるようにすすめている。改善が見られた職員には人事考課で評価し、給与に反映することを検討している。	利用者の人格を尊重して誇りやプライバシーを損ねることの無い言葉遣いや接遇態度で接するよう、職員に周知徹底しています。不適切な対応が見受けられた時には、その場で職員に注意しています。	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	日常の会話の中で個人の思いや希望が見いだせる時は、職員間でも情報を共有し、否定したり、逆に本人に押し付ける事のないように入居者とともに実現していけるように心がけている。			
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	一日のスケジュールは、入浴曜日を含めて決めてあるが、外出希望ややりたい家事、レクリエーションなどの希望を尊重し、可能な範囲で個別支援を行っている。			
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	着たい洋服を自分で選んだり、希望の髪型にしているが、外出時は化粧をしたりその場にあった洋服選びを職員とともにしている。			
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	調理可能な入居者は、職員とともに調理している。困難な入居者は自席で下ごしらえなどを手伝ってもらっている。一部の入居者に限るが片づけも職員とともにこなっている。食事は入居者と同じテーブルで食べている。	レシピ付きで食材を業者に発注しています。利用者のADL低下や重度化に伴い、キッチンに入って調理を手伝っていただくことは難しくなってきましたが、片付けや食卓での下ごしらえを手伝っていただくこともあります。また、料理レクと称してプレートを使って焼きそば等を利用者と一緒に作ることもあります。	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
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	食事は管理栄養士によりメニューが作られ栄養管理している。嚥下状態により食事形態を変えて摂取できるようにし、食事、水分摂取量は記録にて把握している。急な体調変化により困難な場合は代用品にて最低限の摂取は確保できるように対応している。		
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、全員に口腔ケアの声かけをし、介助を必要とする入居者には個別に対応している。口腔内の異変や義歯に不具合が見られる入居者は家族と相談の上、受診や定期的な訪問歯科検診を実施している。		
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	体調の急変や入院などでリハパンやオムツ使用になった入居者には、トイレでの排泄への本人の負担、状態など観察しながらできるだけ外せるように支援している。リハパン使用の入居者が失禁した時には、出来るだけ自発的に交換できるように、居室に常時、用意しておく支援をしている。	排泄チェック表で排泄パターンの把握に努め、定時やタイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行っています。体調の変化や入院などでリハパンやオムツになった方には、負担を考慮しながらの対応を心がけています。	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	毎朝の体操以外にも腸を動かす運動や、家族や看護師と相談してヤクルト、ヨーグルト類の摂取、繊維質の食品を多めに提供するなどして対応している。週2回のはつらつ体操を全館で実施している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は一応決めてあるが、本人の状況に合わせて臨機応変に対応している。入浴拒否の場合は時間や職員を変え全体でアプローチを心がけている。年齢とともに入浴を面倒臭く感じる入居者が見られるが、保清の面から考えて本人の意思との間で難しい問題である。	週2回の入浴を基本とし、午前中に入浴していただくように支援しています。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。入浴拒否のある方は、職員や日にちを変更しながら、入浴を促しています。季節のゆず湯等も行っています。	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	入居者は自分の意思で自由に居室での臥床をしている。自力移動や意思表示が困難な入居者には、本人の様子を見ながら休息への介助を行っている。夜間不安な訴えがあるときは安心できるような声かけをしている。		
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	入居時に病気、既往歴などとともに薬の説明をし、個別に服薬情報をファイルしている。服薬は担当者を決め責任を持ち、職員間で確認を行っている。入居者の状態を看護師や医師に伝えるための意見交換ボードを用意して症状の変化に対応している。		
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	在宅時代にしてきた家事などの能力を活かして、食後の食器拭き、洗濯物たたみ、捨て布つくり、簡単な調理（大根おろし、もやしの芽取り、お茶の袋詰め）等お好みでやっている。毎日のレクリエーションで、カラオケやシューティングゲーム、手作りかるた等楽しんでおられる。		
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	ホームの立地条件の関係で、散歩ができない状況があるので、外出の希望には、四季折々の外出レクや外食レクなどをご家族の協力を得て車で実施。日常的にはベランダや庭に出ての外気浴をおこなっている。	事業所は坂の途中にあるということもあり、日常的な散歩が難しいことから、車を使用して四季折々の外出レクや外食レクの機会を設けた外出支援を行っています。天気や気候の良い日にはベランダや庭に出て外気浴を行っています。	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	日常的に個人でのお金の自己管理は難しい。預り金として職員が管理しているので、できる人は、食べたい物や購入したい物があれば一緒に出かけ、自分での支払いを支援している。		

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
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	電話をかけたい希望があれば、先方の許す範囲でいつでもホームからかけられるようにしている。ホームに届いた手紙への返信の手助けをしている。		
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	建物内は落ち着いた色合いでまとめている。壁には職員と作成した季節ごとの飾り物やレクリエーションやイベント時の写真を飾っている。冬場は保湿のために、廊下や各居室内に濡れたバスタオルを掛けるなど配慮している。	リビングは採光が良く、壁にはイベント時の写真や利用者の作品や絵画が飾られ、観葉植物や造花等も飾り、明るい空間になっています。家具は利用者の動線を考慮して配置され、車椅子を使用している方でも移動しやすいよう工夫されています。リビングでは様々なレクリエーションやカラオケ大会、ハツラツ体操等を行っています。	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	テレビ前のソファやお互いの居室を訪問したりと自由に思い思いの場所で過ごしている。フロアにおいても一人で新聞を読んだり、テレビや会話を他入居者と一緒に楽しんだりしている。		
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	入居前に使っていた馴染みの物、好みの物を家族と相談して持ってきてもらっている。テレビや時計、仏壇など持ち込み、本人がくつろげる空間にしている。職員とともに制作した作品や誕生日カード、ご家族の写真等を飾り殺風景にならないように配慮している。	居室には、クローゼット、エアコンは備え付けられているので、入居時には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に伝えています。テレビ、鏡台、仏壇、タンス、椅子、机、家族写真等が持ち込まれ、思い思いに過ごせる居室作りが行われています。	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	フロアの壁には年号や今年の干支、手作りカレンダー、日めくりなどの文字表記を行い一人一人が確認できるようにしている。トイレ内は動きに応じた開閉できる手すりをつけて自立した排泄ができるよう工夫している。浴室は能力に応じた用具を設置して自立支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

のぞみの家 上郷

作成日

2018年9月28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	49	立地条件が悪く、近隣へ散歩に出る事ができない。	四季折々の車での外出レク、外食を増やす。	外出時の人手不足を補うために、シフト外の出勤やご家族の協力を日頃から要請しておく	常時
2	12	人員配置が2.5になることが多く、シフト面でのバランスをとることが難しい。	短時間就労者を減らしてフルタイムで入れる人員を増やす。	短時間就労者と面談・調整してフルタイムで入れる日を増やしていく	1ヶ月
3		夜勤の人員不足	いきなりの夜勤者の欠勤にも対応できる人数をそろえたい	募集・紹介をすすめる	1ヶ月

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	のぞみの家上郷
ユニット名	二階 すいせん

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	平成30年4月1日より理念改正目につきやすい入り口にかかげ再認識や意識付けをしていると共に実践できるよう体操やカラオケなど曜日を決めホーム全体の交流も含め行なっている。		
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	近所との関わりや夏祭り参加を通して、地域と交わられている。クリスマスランチなどで近隣の高齢者施設への行き来を通して、交流している。		
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	ケアプラザでの研修会など、ホームより職員が参加し、支援方法や生活上困っていることなど相談、意見交換を行っている。		
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	二ヵ月毎に開催している。家族、地域、包括、区のメンバーで構成しホームからの状況報告や家族との意見交換を行っている。問題や疑問に対してアドバイスをいただき、運営に反映できるように努力している。		
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	近隣の包括支援センターへ介護保険サービスに関する相談や入居相談を行っている。また運営推進会議での報告を通して、疑問点や今後の取り組みについてアドバイスをもらっている。		

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
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	身体拘束についての研修を行い、職員は理解している。各フロア入り口の施錠は、入居者の状態に応じて対応している。平成30年4月1日より拘束委員会立ち上げ3ヶ月に1度開催している。		
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	虐待に対する職員の研修を行っている。職員の言動から虐待にあたると思われる事柄を取り上げ、話し合いを儲け再確認するよう取り組んでいる。		
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	青年後見人制度について職員には資料を回覧し勉強会を行って認識し支援している。現在2階入居者で制度利用となる対象者はいない。		
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	入居前に統括管理者、ホーム管理者が契約書内容説明、今後の生活への不安、容貌などご家族とよく話し合い入居後のトラブルがないように気をつけている。		
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	日頃より話しやすい関係作りを心がけている。面会時、家族会、運営推進会議、電話などいつでも意見や要望を聞く環境にしており、家族からの意見や苦情については代表者を交えた全体会議や個別に検討、話し合いを行い運営に反映している。		

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	職員からの意見、提案、要望は随時聞く体制を取り、職員全体で検討し、可能な意見に対しては再度会議にて検討、反映させている。必要な案件は代表者に挙げている。		
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	毎月の管理者会議でホームの勤務状態、職員からの要望、意見等を代表者に報告し改善へとつなげている。		
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	スキルアップの為に実践者研修への参加、外部研修の参加資料などを持ち帰りホーム内での職員研修につなげている。また職員から希望のあった研修をその都度行うようにしている。		
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	近隣の高齢者施設での交流研修に参加、また当ホームへの訪問など相互訪問を通し、職員同士の情報交換を図り、サービスの向上へ繋げられるように取り組んでいる。社協を交えた区のグループホーム連絡会で情報交換している。		
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	ホーム見学や入居前面接にて、本人の不安や要望などをしっかり聞き取り、職員間で共有、入居直前の様子など情報収集し、ご本人と一緒に解決して行く事により安心感をもてるようにしている。		

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
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	家族からの入居相談、自宅訪問、契約時また紹介先の相談員より、困っていること、不安、要望等を聞き、家族が安心できるような対応法を一緒に考えている。また入居後の日々の様子を伝え、新たな要望などに答えていくことで信頼関係を築いている。		
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	入居相談の時点で、本人が一番必要としている支援を、ホーム看護師、職員、ケースワーカー、ケアマネジャーなど多方面からの情報収集を図り、多くの目で考えるようにしている。		
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	居室の掃除、洗濯、調理補助などの日々の生活に必要なことはADLに合わせて日常的にしている。また、ホームで季節ごとの飾りつけなど入居者、職員それぞれが役割を担い責任を持つ事でお互いの意欲向上を図っている。		
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	本人、家族、職員の思いを共有し、本人を中心として両側から支えられる関係を築けるように努めている。家族の面会は頻繁ではないが、来訪された際はレクリエーションに参加したり、家族での外出なども行われている。		
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	親戚、友人、知人などが気軽に訪問しやすい雰囲気作りを大切に、今現在親戚や知人などが時折来訪され会話を楽しまれている。		

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
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	入居者それぞれに主張があり活発に会話がなされている反面、時には言動の食い違いから孤立してしまう面もあるが様子を見ながら職員が間に入り入居者同士を繋げる役割をしている。		
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	特養などの他施設へ移っても、家族の訪問があり現在の様子や悩みなどを話し合う場合がある。必要な情報提供を行い少しでも不安が取り除けるように努めている。また入院先からホーム復帰が難しい入居者にはケースワーカー等に情報提供し、今後繋げる支援を行っている。		
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。	職員との会話や表情の中からそれぞれの思いや希望を感じ取り、本人と共に考えるようにしている。意思伝達が難しい入居者には、生活歴や日々の生活の様子、表情から読み取れるように心がけている。		
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	入居前の面談だけでは捉えきれない部分は入居後に本人や家族から無理のないように少しずつ聞き出すようにしている。		
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	入居一人ひとりの過ごし方においては日々のコミュニケーションにて汲み取り、ノート的回覧にれて把握、心身状態においては本人の意向の確認・家族、職員と相談検討し解決を図るよう努める。		

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
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	特変がなければ3ヶ月毎に各入居者のカンファレンスを開き、プランの見直しをしている。本人の生活、家族の要望、看護師、担当医等の意見を聞き、個人のニーズを職員間で話し合いプランを作成している。次回プラン作成前にはモニタリングを行い内容の見直しに反映させている。		
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	業務日誌、個人記録をもとに申し送り、ノート回覧にて全職員が情報を共有できるようにし、適切なケアを話し合い実践に結び付けている。フロア会議を月1回おこなっている。		
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	一時的なADL低下のため、入浴困難になった入居者を、家族の希望で訪問入浴（自費）の利用、また個別に外出のためガイドヘルパーを利用したケースがある。		
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	ボランティアの訪問や他の高齢者施設、ケアプラザなどでのコーラスやギターアンサンブルなど趣味、地域の祭りなどに参加することもある。		
30	11	○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	入居前にかかっていた医師を主治医としているが、希望によりホームの往診医に切り替えるケースもある。受診は家族やホーム看護師、職員で対応し状況の共有に努めている。		

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
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	看護師は24時間オンコールで、入居者の生活の様子や変化を伝え、適切な対応ができるような体制を取っている。		
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、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。	入院中は職員が交代で本人に面会に行き、家族との連絡や医師とのムンテラを本人の状態に合わせて行うようにしている。1ヶ月以上の入院を退居の目安としているが、ホームでの生活が可能であれば入院日数が伸びても受け入れる体制をとっている。		
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	個々に条件は異なってくるが、自然な老衰であれば看取りも考慮に入れ、ホームで出来るケアについて、家族、担当医と状況に応じて充分話し合いを行い、方針を統一している。		
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	消防署による救命救急法の講習を受け、急変が発生した時の呼吸の有無の対応法の研修、また救急搬送につなげるまでの手順などを職員個別にチェックリストを作成し確認している。		
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	消防計画に基づき夜間を想定した訓練をはじめ、消火器、火災通報装置などの使用方法、スタッフ間の連携など定期的を確認をおこなっている。		

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	
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	プライバシーや個々の尊厳に対して問題のある言動が見られた時は、本人と話し理解を深めるように対応している。また職員の会議などで再認識する機会を設けている。			
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	日常の会話の中で個人の思いや希望が見いだせる時は、職員間でも情報を共有し、否定したり、逆に本人に押し付ける事のないように入居者とともに解決していけるように心がけている。			
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	一日のスケジュールは、入浴曜日を含めて決めてあるが、外出希望ややりたい家事、レクリエーションなどの希望を尊重し、可能な範囲で個別支援を行っている。			
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	着たい洋服を自分で選んだり、希望の髪型にしているが、外出時は化粧をしたりその場にあった洋服選びを職員とともにしている。			
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	調理は職員がするが調理の下ごしらえや盛り付けなど手伝ってもらっている。利用者と職員と一緒に食事をとり片付けなども行なっている。出来ない方に関してはおやつレクなど行い好きなものを摂って頂いたり工夫をこらし対応しています。			

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	食事は管理栄養士によりメニューが作られ栄養管理している。嚥下状態により食事形態を変えて摂取できるようにし、食事、水分摂取量は記録にて把握している。急な体調変化により困難な場合は代用品にて最低限の摂取は確保できるように対応している。		
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、全員に口腔ケアの声かけをし、一部介助を必要とする入居者には対応している。口腔内の異変や義歯に不具合が見られる入居者は家族と相談の上、歯科受診や訪問歯科を利用し早期の対応を心がけている。		
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向けた支援を行っている	体調の急変や入院などでリハパンやオムツ使用になった入居者には、トイレでの排泄への本人の負担、状態など観察しながらできるだけ外せるように支援している。リハパン使用の入居者に対しては、本人の排泄訴えを見逃さないように、また定期的にトイレ誘導を行っている。		
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	毎朝の体操以外にも、家族や看護師と相談してヤクルト、ヨーグルト類の摂取、繊維質の食品を多めに提供するなどして対応している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は一応決めてあるが、本人の状況に合わせて臨機応変に対応している。入浴拒否の場合は時間や職員を変え全体でアプローチを心がけている。年齢とともに入浴を面倒臭く感じる入居者が見られるが、保清の面から考えて本人の意思との間で難しい問題である。		

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	入居者は自分の意思で自由に居室での臥床をしている。自力移動や意思表示が困難な入居者には、本人の様子を見ながら休息への介助を行っている。夜間不安な訴えがあるときは安心できるような声かけをしている。		
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	入居時に病気、既往歴などとともに薬の説明をし、個別に服薬情報をファイルしている。服薬は担当者を決め責任を持ち、職員間で確認を行っている。入居者の状態を看護師や医師に伝え薬の見直しをしてもらうケースもある。		
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	在宅時代にしてきた家事などの能力を活かせるように、それぞれの力や希望に応じて役割を担い張り合いを持って生活できるように支援している。また、趣味や外食、出前、買物など希望に添えるように考慮し、少しでも生きがいを感じてもらいたいと試行錯誤している。		
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。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	入居前に住んでいた場所や続けてきた同窓会、遠方の親戚への定期的な外泊、兄弟での食事など家族の支援でかけている。日々の希望には、職員ができるだけ対応し、車椅子利用の入居者は目的地まで車を利用して出かけている。		
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	日常的に個人でのお金の自己管理は難しい。預り金として職員が管理しているが、食べたい物や購入したい物があれば一緒に出かけ、自分での支払いを支援している。		

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
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	電話をかけたい希望があれば、先方の許す範囲ですいつでもホームからかけられるようにしている。ホームに届いた手紙への返信の手助けをしている。		
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	建物内は落ち着いた色合いでまとめている。壁には職員と作成した飾り物や写真を飾っている。冬場は保湿のために、各居室内に濡れたバスタオルを掛けるなど配慮している。またベランダなどに利用者様とお花を植えたり野菜作りをしたりして季節を感じている。		
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	テレビ前のソファやお互いの居室を訪問したりと自由に思い思いの場所で過ごしている。フロアにいても一人で新聞を読んだり、テレビや会話を他入居者と一緒に楽しんだりしている。		
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	入居前に使っていた馴染みの物、好みの物を家族と相談して持ってきてもらっている。テレビや時計、仏壇など持ち込み、本人がくつろげる空間にしている。職員とともに制作した作品を飾り殺風景にならないように配慮している。		
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	リフト浴は一階にしかないが、ADLに応じてフロアの区別なく利用している。自立歩行の動線上に歩行を妨げるような物を置かない様になっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

のぞみの家上郷

作成日

平成30年9月28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	18	人員不足の為の外出の機会の減少	車椅子利用の入居者全員が外出できる	職員配置を適正化する	3ヶ月
2	7	短時間勤務の職員が複数いるのでシフトをバランスよく組むことが出来ず不満が出ている	短時間勤務を減らしていく	出来る限りフルタイムに切り替えてもらえるように相談していく	6ヶ月

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。