

<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	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 のぞみ
事業所名	のぞみの家上郷
訪問調査日	2015年2月23日
評価確定日	2015年3月31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 26 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	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	平成27年2月6日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月16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)】

<p>入居者様一人一人が役割を持ち、家庭のような雰囲気の中で、持てる力を活かし、充実した毎日を過ごしていただけるように、それぞれの希望に沿って支援しています。</p>

【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成27年2月23日	評価機関 評価決定日	平成27年3月31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>●グループホームのぞみの家上郷は、特定非営利法人のぞみの運営です。法人は、高齢認知症の方々が快適に楽しく過せる事を念頭に、横浜(2)・川崎(2)・藤沢(1)のグループホームと、在宅介護、デイサービス、ヘルパーステーション、共同住宅など幅広く福祉事業を展開しています。のぞみの家上郷はJR港南台駅から、みどりが丘行きバスにて光明寺バス停下車徒歩約1分の、高台の春には桜が咲く散歩コースとして適した静かな住宅街の一面に位置しています ●</p> <p>事業所理念は「利用者と共に喜び合えるホームを目指します」から始まる5項目を事業所独自に設定しています。認知症の方々が家庭的な雰囲気の下に、能力に応じた必要な介護で、その人らしい自立した生き方(オムツの無い自立排泄が出来る)を目指し、日常生活上の入浴・食事・着替え排泄の支援と共に、レク支援・機能訓練等で理念の実践が行なわれています。 ●地域交流では町内会に加入し、祭りなどの諸行事への参加と、散歩時の挨拶に加え、近くの施設との交流等でのぞみの家上郷を知って頂き、地域とは日常的な交流が行われています。</p> <p>●事業所ではサービスの質向上を図る取り組みとして、職員の各種介護講習や研修への参加を推奨し、外部研修参加には時間内受講やシフトでの配慮に加え、交通費の支給なども行われています。グループホーム連絡会主催の研修会にも職員が参加し、同業者から学ぶなど職員の資質向上に注力し、研修参加後は報告・共有を図り、日々の介護に活かしています。</p> <p>●食事作りでは、出来る人に役割を持って加わってもらい、その方に合わせた食事提供で、家庭的な雰囲気の中、楽しみながら職員と共に入居者のペースで行われています。誕生日や行事日にはケーキや特別食等で祝って、時には外食等も取り入れた楽しめる食事支援が行われています。</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	のぞみの家上郷
ユニット名	1・2 FL

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
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年いスタッフ全員で考え直した理念を目につきやすいホーム入口に掲げ、再認識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職員の意識統一を図っている。	理念に「入居者様と共に喜び笑いあえるホームを目指します」の他、5項目を謳って、ホーム内に掲げ、周知を図っています。また、法人の理念では地域高齢者の福祉を良くしたいとの思いで「医療・保険・福祉の諸機関との連携を活かしたコミュニティの実現」が謳われていて、ホーム入居者に我が家同然に喜びと安心・安全のある暮らしの場を提供する事も、理念に沿った活動と考え、日々職員に理念の実践を説き、ホーム運営が行われています。	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	自治会には加入し一昨年から班長を勤めており、近所のかかわりや運動会の手伝いを通じて、地域と交わると期待している。近隣の高齢者施設との行き来や、ホーム職員が小学校や地域のパソコン教室でのボランティアを通して、ボランティア間の行き来を行っている。	自治会に加入して班長も勤めていて、町内会の運動会の手伝いや祭りへの参加や回覧板回付その他、近くの高齢者施設との行き来に加え、職員やボランティアを介して、小学校や各種会合との交流もあり、日常的に地域交流が行われています。栄区のグループホーム連絡会にも加盟し、地域情報の他、業界動向の情報交換などで交流を行っています。	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	ケアプラザの認知症家族の会へホームより職員が参加し、支援の方法や生活上困っていることなどの相談、意見交換を行なっている。		
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	2ヶ月ごとに開催。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、家族との意見交換の中から、問題や疑問に対して意見を頂き、運営に反映できるように努力している。	2ヶ月に1回、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、区の高齢福祉担当、入居者家族、ホーム長の参加でホームの運営状況や、今後の運営に関する事項、行事予定などを報告し、質問、意見、提案などを頂きながら話し合いを行い、結果は運営に反映するよう努めています。また、議事録を通して、参加できなかった職員にも推進会議の内容を伝え、ホームが地域と共にある事を認識できるようにしています。	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	近隣の包括支援センターへは介護保険に関する相談や、入居相談を行っている。また、運営推進会議での報告を通じて、疑問点や今後の取り組みについてのアドバイスももらっている。	包括支援センターとはホームの状況報告等に加え、介護保険に関する疑問点を聞いたり相談をしています。これに対する返答・アドバイスも頂いています。研修などの連絡も頂き、職員のスキルアップの為に計画的に参加をして協力関係を築いています。	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
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会を行い、職員は理解している。各フロアの施錠は、入居者の状態に応じて対応している。	契約書6条3に「身体拘束その他利用者の行動を制限しない」と謳い、「身体拘束はしない、緊急やむない場合も利用者・代理人に説明し同意を得て対応をする」と謳っています。実施状況を記録整備し、対策検討委員会で話し合い、何が禁止行為に該当するのか、その行為とデメリットを共有認識して廃止に繋げる様にしています。各フロアの施錠は、家族の了承の下に入居者の状態に応じて、職員の見守りと合わせて対応しています。	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当たると思われる事象を取り上げ、話し合いをして再確認するように取り組んでいる。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在2階に1名制度利用者がいる。今後も職員に成年後見制度についての資料を回覧するなど勉強に機会を届け、支援していく。		
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	入居前にホームの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	日頃より話し易い関係作りを心がけている。面会時、家族会運営推進会議、電話等、いつでも意見を聴く環境にしており、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。	入居契約時に重要事項11に記された苦情相談窓口を説明して、運営規定12条に沿って、その対応の説明を行っています。日常的な利用者の苦情は直接聴く様に努め、さらに、家族会、運営推進会議、面会来訪時に管理者や職員から生活状況の報告と共に、意見、苦情等を聞いています。意見等は、記録に残し、代表者を交えた全体会議や個別会議で検討の上、運営に反映するようにしています。	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	
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、要望は聴く体制をとり、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。職員間の意見交換は活発に行なわれている。	代表や管理者は、職員の意見や要望を聞く体制を構築し、職員の意見や要望の吸い上げに努めています。また、代表や管理者と職員間には日頃から話す関係が構築され、意見や提案を聴いています。職員間の意見交換は活発に行なわれている環境です。	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各ホームの勤務状態、職員からの要望、意見などを代表者に報告を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	スキルアップの為の実践者研修への参加、外部研修の資料を持ち帰り、ホーム内の職員研修につなげている。また、職員から希望の会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行事参加、また、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、サービス向上につなげられるように取り組んでいる。以前は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たが、最近は各ホームの忙しさもあり、一次休止している。			
II 安心と信頼に向けた関係作りと支援						
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、本人の不安や希望などをしっかり聞き取り、入居直後は各職員で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、安心感を持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、新たな要望に応じ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、ケアマネージャ等、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、調理補助等日々の請託に必要なことはADLにあわせて日常的にしてもらっている。また、ホームで必要な物品の買出し、季節ごとの飾りつけなど入居者職員がそれぞれ役割を担い、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勤めている。家族の面会は頻繁にあり、レク参加したり家族での外出も行なわれている。			
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。入居前に通っていたデイサービスへの行き来や、馴染みの店に家族と出掛けたり、同窓会に出席している入居者もいる。	家族、親戚、友人等が気軽に訪問しやすい雰囲気作りを大切にしています。以前に通っていたデイサービスや、通い慣れたお店を訪れたり、また「同窓会」に出席する等、家族の協力の下に行われています。更に、友人の来訪を歓迎し、お茶だしを行ったり、手紙の投函、電話の取り継ぎなどの支援も行っています。		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
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、時には意見の食い違いから、孤立して今う面もある。様子を見ながら職員が間に入り入居者同士をつな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、他施設に移っても家族の訪問があり現在の様子や悩みを話し合う場合がある。必要な情報提供などを行い、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などに情報提供をし、今後につな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暦や日々の生活の様子、表情から読み取れ様に心がけている。	思いが伝えられる方とは会話から伺い、そうでない方には日々の様子や、仕草・表情からその方の思いを汲み取り、家族等からの情報も加味して押し量っています。その上で職員間の共有を図り、出来るだけ思いに適う支援に努められています。職員は、個々の思いや希望を感じ取り、本人と共に考えるように努めています。	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	入居者一人一人についての変化や、気付き情報等は常に職員から挙げるようにし、ケアの申し送りやノートでの回覧により共有出来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	特変がなければ概ね3ヶ月ごとに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、担当医師の意見を聞き、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。次回の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。	計画の見直しは通常は3ヶ月毎で、変化のある場合は都度の見直しを基準として、職員の日々の観察を基に意見を述べ合い、計画作成者を中心に看護師・担当医師の意見に加え、家族の要望も聞いてカンファレンスで検討し、残存能力に見合った計画を作成しています。出来た介護計画は、本人・家族に確認を頂いてプランを実施しています。また、モニタリングを計画的に行い、計画とのずれが生じないように努めています。	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、個人記録を下に申し送り、ノート回覧にて全職員が情報共有出来るようにし、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、柔軟な支援や支援の多機能化に取り組んでいる。	一時的なSDL低下の為入浴困難になった入居者をご家族の希望で訪問入浴（自費）の利用また個別に外出の為、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はいきいきポイントを利用している。他の高齢者施設、ケアプラザなどで歌や大正琴など趣味、地域の祭り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訪問診療医に切り替えるケースが増えている。受診は家族やホーム看護師、職員で対応し、情報の共有に努めている。	継続かかりつけ医から訪問診療医への切り替えが多くなっています。受診は家族やホーム看護師、職員で対応し、診察情報は共有するようにしています。また、ホーム提携医は総合病院と内科・循環器診療医、歯科医院（週1回の訪問受診）で、加えて、訪問診療所の医師の2回/月の来訪と、医療連携体制に基づき担当看護師により、入居者の医療的管理を行い、適切な医療支援が行われています。	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	
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、適切な対応が出来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煮の状態に合えさせて行うようにしている。概ね1ヶ月以上の入院を退去の日を目安としているが、ホームでの生活が可能であれば入院に数が伸びても受け入れる体制を取っている。			
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。	重度化・終末期ケアについて、出来ること出来ない事を入居時に書面で家族に説明しています。医師または看護師が終末期と判断した時点で、看取り介護の希望の是非を聴き、家族・事業所責任者・医師と話し合い、方針の統一を図っています。実績も持っています。終末医療協力医とも提携しており、全職員に看取り介護実施の理解共有を行っています。		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、急変が発生して時の呼吸の有無の対応法の研修。また救急搬送のつながるまでの手順など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、定期的に確認を行っている。	運営規定17条に「非常災害に備えて消防計画、風水害、地震等に対処すべく防災計画の策定と定期的な避難訓練を年2回以上(内夜間想定1回)の実施」を謳い、避難誘導路・緊急連絡網の整備と共に2回/年(昼1回夜1回)所轄消防署指導の下に避難訓練を実施しています。非常用備蓄では、食料・水、乾電池や衛生用品(オムツ)なども確保しています。設備では、火災自動通報装置に加え、スプリンクラーも設置され災害対策を講じています。		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問題のある言動が見られた際は、本人と話し理解を深める様に対応している。また、職員の会議等で再認識する機会を設けている。	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心がけ、問題のある言動については、職員に理解を促し、指導しています。また、会議等を活用して確認する機会を設けています。呼称は「さん」付けを基本にして、本人の希望が取り入れられています。	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出せる時は、職員の間でも情報を共有し、否定したり、逆に本人に押し付けたりすることのないよう、入居者と共に解決していけるよう心がけている。	/		
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を含め一応決めているが、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。外出時には化粧をしたり、その場に合った洋服選びを職員と共に行ったりしている。			
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台所に入り、職員と共に調理をしている。それが難しい入居者に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、後片付けも職員と共に行っている。職員は入居者と同じテーブルで食べている。	食材調達は本部の管理栄養士の1ヶ月分の献立表に基づき、週3回本部に発注し、届けられています。調理下ごしらえや、盛り付け、配膳、下膳、食器拭きなど、出来る人に役割を持って食事作りに加わってもらっています。また、その方に合わせた形態の食事提供を行い、職員は入居者と同じテーブルで食事を摂っています。誕生日や行事日には手作りケーキやおやつを作ってお祝いをし、時には入居者の要望で外食も取り入れて楽しめる食事支援を行っています。	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	
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るメニューが作られ、栄養管理している。嚥下状態により食事時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摂取が困難な場合は代用品にて最低限の摂取を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、一部介助を必要とする人には対応している。降雨室内の異変や義歯の不具合が見られる入居者は家族と相談の上、歯科受診や歯科往診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、オムツになった入居者にはトイレでの排泄による本人の負担、状態を観察しながらできるだけ外せる様に支援している。リハパン使用の入居者に対しては、本人の排泄の訴えを見逃さないように、また定期的なトイレ誘導も行っている。	体調変化や入院などでオムツ・リハパンになった方も含め、観察と排泄チェック表を利用した、その人に合った声かけ・見守りの支援で、オムツの無い自立排泄での生活を目指し支援が行われています。入居者のプライドを傷付けない配慮のもと、徹底した取り組みが行われています。		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	毎朝の体操意外にも、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い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志との間で難しい問題である。	曜日・時間の決まりはありますが、利用者個々の希望を聴き柔軟に対応することにして入浴支援が行われています。入浴を拒む方にも、入浴までの過程を理解し、時間や職員を変えての声かけで促し、無理強いすることなく支援に努めていますが、当人の意思と清潔保持の面から課題として捉え、工夫を試みながら取り組んでいます。また、季節のゆず湯、菖蒲湯なども取り入れて楽しみの工夫もしています。(1FLには機械浴も完備されています)		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ついては、本人の様子を見ながら休息への介助を行っている。夜間不安の訴えがある時は安心できるように声かけを行なっている。		
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	入居時に罹患している病気、既往歴などと共に薬の説明をし、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た役割を担い張り合いを持って生活が出来る様に支援している。また、趣味や外食、出前、買い物など希望に添えるように考慮し、少しでも生き甲斐を感じてもらいたいと試行錯誤している。職員も一種に楽しんでいる。		
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、遠方の親戚宅への定期的な外泊、兄弟での食事など家族の支援で出掛けている。日々の希望には、職員が出来るだけ対応し、車椅子の入居者は目的地まで車を利用して出掛けている。	散歩希望者には、天気の良い日は健康チェックの後、職員とホーム近くの散歩コースをはじめとし、時には買い物なども交えた、楽しみながらの対応が行われています。また、車を使って(足の不自由な方も含め)少し離れた富士山が眺められる場所まで出かけた、大船フラワーセンターなど、遠出のドライブにも行っています。ご家族の対応で、外食・買い物等に、入居者と共に出かけられる方もいます。	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	お金を持つことで安心できる入居者はいるが、全ての自己管理は難しい。預かり金として職員が管理しているが、買い物の希望に対しては同行し、支払い可能な入居者には支払いしてもらっている。		

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	
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何時でもホームからかけられるようにしている。ホームに届いて手紙の返信の手助けもしている。			
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ある。壁には職員と作成して季節の飾り物や日々の写真を飾り振り返っている。冬場は各室内に保湿の為濡れたバスタオルを掛けるなどの配慮をしている。	落ち着いた色調でまとめられた館内は清掃が行き届き、騒音や異臭も無く、居間兼食堂の大きなガラス戸からの眺望・採光が良く明るいです。居間には、テーブルの他、ソファも置かれ、季節に合わせた折り紙作品や雛人形(2月調査)も飾られ、季節と安らぎを感じさせ寛げる工夫がされています。壁面にはイベントや入居風景の写真が貼られています。(2FLも同様になっています)		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	テレビ前のコーナー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を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寛げる空間にしている。職員と共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。	居室にはエアコン・クローゼット・カーテン(防災)が備えつけられており、持込には収まる範囲のもので慣れ親しんだものをお持ち下さいと入居時に説明し、各部屋には夫々の馴染みの茶箆笥や、椅子、鏡台、家族写真、ぬいぐるみ、仏壇等を配置し、夫々思いの設えで自分の部屋が工夫されています。冬場は各室内に保湿の為、濡れたバスタオルを掛けるなど、配慮しています。		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	リフト欲は一階にしかないが、ADLに応じてフロアの区別無く利用している。			

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家上郷

作成日 平成27年2月23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	2	近隣住民との関係が、自治会に参加するなどの形式的な付き合いにとどまっている。	近隣住人と日常的に親しく付き合える。避難訓練に参加してもらえるような関係を構築する。	日頃の活動内容、行事について知らせる、ごみステーションの掃除をするなど職員と共に考え、活動に生かしていく。	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	のぞみの家上郷
ユニット名	1階 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
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直した理念を目につきやすいホーム入口に掲げ、再認識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。		
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	自治会へは加入。一昨年4月より班長を勤めており、近所との関わりや運動会の手伝いを通して、地域と交わると期待している。近隣の高齢者施設との行き来や、ホーム職員が小学校や地域のパソコン教室でのボランティアを通して、ボランティア間の行き来を行っている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	ケアプラザでの認知症家族の会へホームより職員が参加し、支援の方法や生活上困っていることなどの相談、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、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月ごとに開催。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、家族との意見交換の中から、問題や疑問に対して意見をいただき、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は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、疑問点や今後の取組みについての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会を行い、職員は理解している。各フロア入口の施錠は、入居者の状態に応じて対応している。		
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。職員のお言動から虐待にあたると思われる事象を取り上げ、話し合いをして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	現在2階に1名制度利用者がいる。今後も職員に成年後見制度についての資料を回覧するなど勉強の機会を設け、支援していく。		
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、要望等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付けている。		
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づくりを心がけている。面会時、家族会、運営推進会議、電話等、いつでも意見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、要望は聞く体制をとり、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。		
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各ホームの勤務状態、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、外部研修の資料を持ち帰り、ホーム内での職員研修につなげている。また、職員から希望のあが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行事に参加、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、サービス向上につなげられるように取り組んでいる。以前は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たが、最近は各ホームの忙しさもあり、一時休止している。		
II 安心と信頼に向けた関係作りと支援					
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、入居直後は各職員で得た情報を共有し、本人と一緒に解決していくことにより、安心感を持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、新たな要望などに応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、ケアマネジャー等、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、調理補助等日々の生活に必要なことはADLに合わせて日常的にしてもらっている。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、レクに参加したり、家族での外出も行われている。		
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。入居前に通っていた近隣のデイサービスへの行き来や、馴染みの店に家族と出かけたり、同窓会に出席している入居者もいる。		

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、時には意見の食い違いから、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、入居者同士をつな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、他施設に移っても、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。必要な情報提供などを行い、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、今後につな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、表情から読みと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	入居前で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内相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	入居者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挙げるようにし、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	特変がなければおおむね3ヶ月毎に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。次回お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、個人記録を基に申し送り、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、柔軟な支援や支援の多機能化に取り組んでいる。	一時的なADL低下の為入浴困難になった入居者をご家族の希望で訪問入浴（自費）の利用、また個別に外出の為、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はいきいきポイントを利用している。他の高齢者施設、ケアプラザなどで歌や大正琴等趣味、地域の祭り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訪問診療医に切り替えるケースが増えている。受診は家族やホーム看護師、職員で対応し、情報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。概ね1ヶ月以上の入院を退去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取っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	個々で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、ホームでできるケアについて、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、定期的に確認を行っている。		

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
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際には、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、職員の間でも情報を共有し、否定したり、逆に本人に押し付けたりすることのないよう、入居者と共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	1日のスケジュールは入浴を含め一応決めてあるが、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	期待洋服を自分で選んだり、希望の髪型にしている。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共にしたりしている。		
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台所に入り、職員と共に調理をしている。それが難しい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、後片付けも職員と共に行っている。職員は入居者と同じテーブルで食べている。		

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	食事は管理栄養士によりメニューが作られ、栄養管理をしている。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摂取が困難な場合は代用品にて最低限の摂取を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。降雨空内の変異や義歯の不具合が見られる入居者は家族と相談の上、歯科受診や歯科往診を利用し、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になった入居者には、トイレでの排泄による本人の負担、状態を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、本人の排泄の訴えを見逃さないように、また定期的なトイレ誘導も行っている。		
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、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、全体での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ついては、本人の様子を見ながら休息への介助を行っている。夜間不安の訴えがある時は安心できるように声掛けを行っている。		
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	入居時に罹患している病気、既往歴などと共に薬の説明をし、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、買い物など希望に添えるように考慮し、少しでも生きがいも感じてもらいたいと試行錯誤している。職員も一緒に楽しんでいる。		
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、遠方の親戚宅への定期的な外泊、兄弟での食事など家族の支援で出かけている。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	お金を持つことで安心できる入居者はいるが、すべての自己管理は難しい。預かり金として職員が管理しているが、買い物の希望に対しては同行し、支払い可能な入居者には支払いしてもらっている。		

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
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	電話をかけてい希望があれば、千ぽ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の飾り物や日々の写真を飾り振り返っている。冬場は保湿の為に各居室内に濡れたバスタオルを掛けるなどの配慮をしている。		
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	テレビ前のコーナー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を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。職員と共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1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。		

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家上郷

作成日 平成27年2月23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	2	近隣住民との関係が、自治会に参加するなどの形式的な付き合いにとどまっている。	近隣住人と日常的に親しく付き合える。避難訓練に参加してもらえるような関係を構築する。	日頃の活動内容、行事について知らせる、ごみステーションの掃除をするなど職員と共に考え、活動に生かしていく。	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	のぞみの家上郷
ユニット名	2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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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
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直した理念を目につきやすいホーム入り口に掲げ、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。		
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	自治会へは加入し班長を務めている。近所との関わりや運動会の手伝いなどを通して、地域と交わっている。近隣の高齢者施設との行き来や、ホーム職員が小学校や地域のパソコン教室でのボランティアを通して、ボランティア間の行き来を行っている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	ケアプラザでの認知症家族の会へホームより職員が参加し、支援の方法や生活上の困っていることなどの相談、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ヶ月毎に開催。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の中から、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は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。各フロア入口の施錠は、入居者の状態に応じて対応している。		
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象を取り上げ、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1名。		
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、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。		
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行事に参加、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が、最近は各ホーム忙しさもあり一時休止している。		
II 安心と信頼に向けた関係作りと支援					
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、ケースワーカー、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している。入居前に通っていた近隣のデイサービスへの行き来をしている入居者もいる。		

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。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、今後に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	入居一人ひとりについての変化や気づき、情報等は常に職員から挙げられるようにしケアの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。		
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、柔軟な支援や支援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、事業所です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に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を含め一応決めてあるが、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台所に入り、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る。一部の入居者に限るが片づけも職員とともにおこなっている。食事は入居者と同じテーブルで食べている。		

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、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。		
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。		

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。		
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。		

目 標 達 成 計 画

事業所 のぞみの家上郷

作成日 平成27年2月23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	2	近隣住民との関係が、自治会に参加するなどの形式的な付き合いにとどまっている。	近隣住人と日常的に親しく付き合える。避難訓練に参加してもらえるような関係を構築する。	日頃の活動内容、行事について知らせる、ごみステーションの掃除をするなど職員と共に考え、活動に生かしていく。	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。